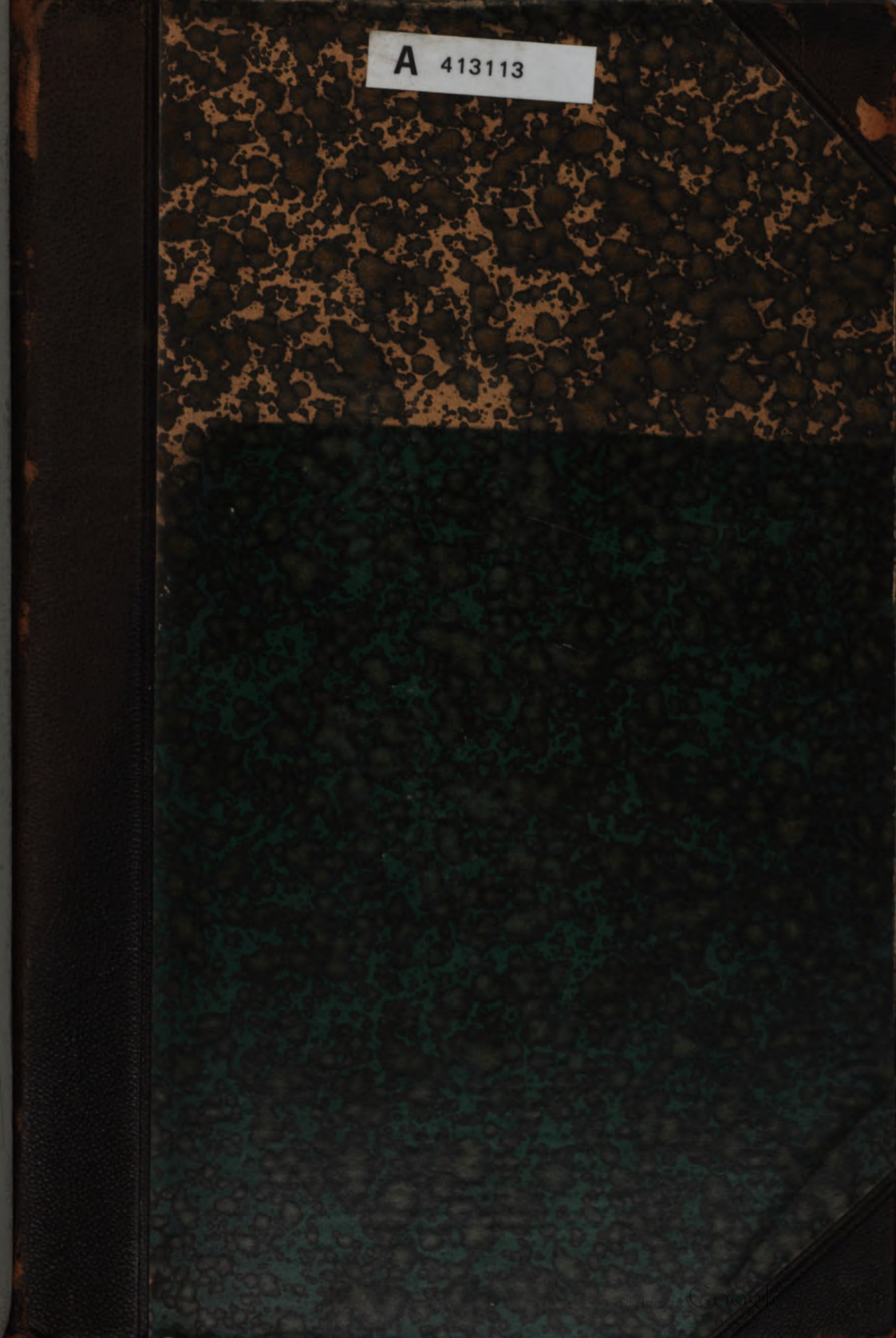
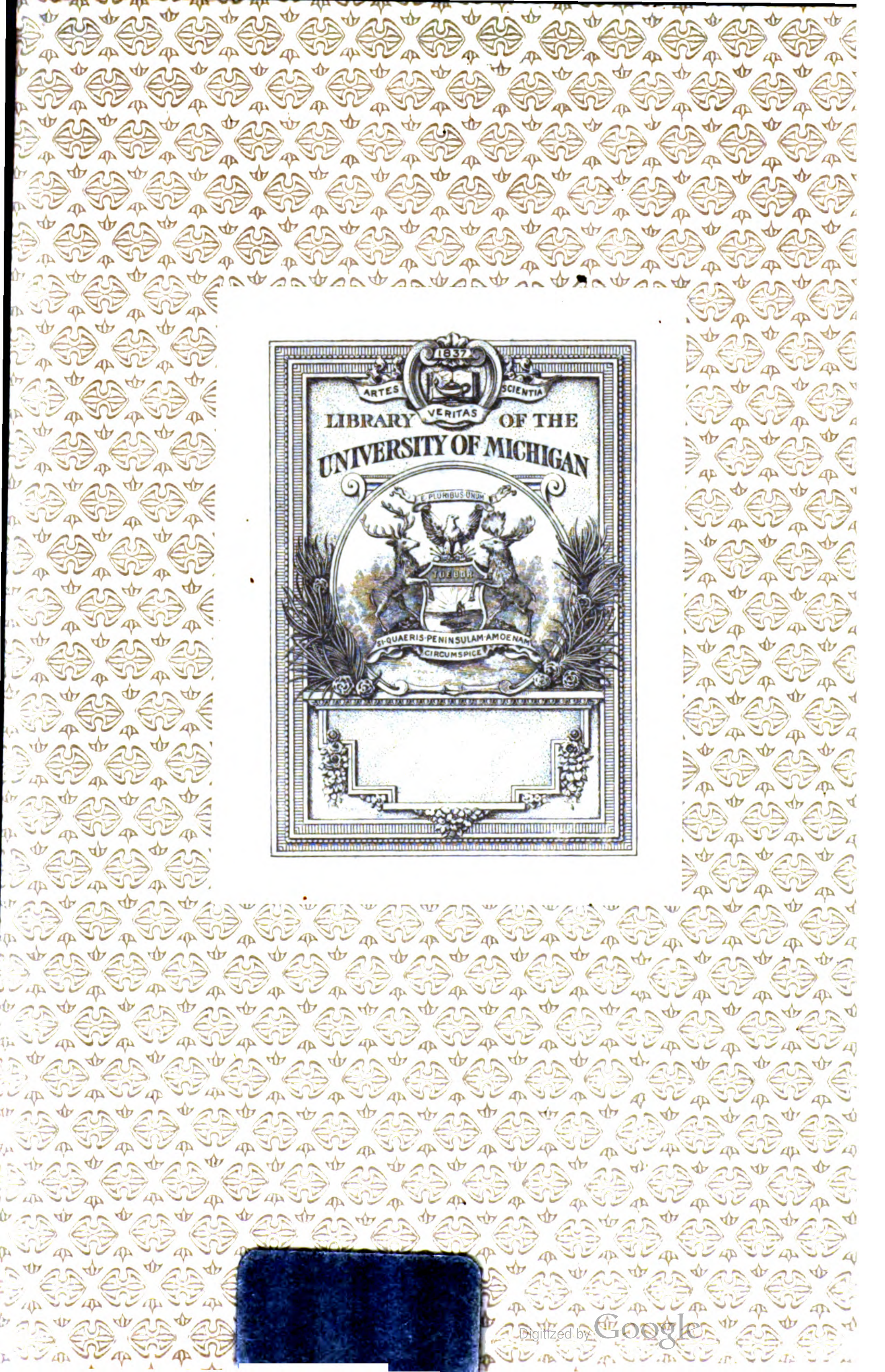
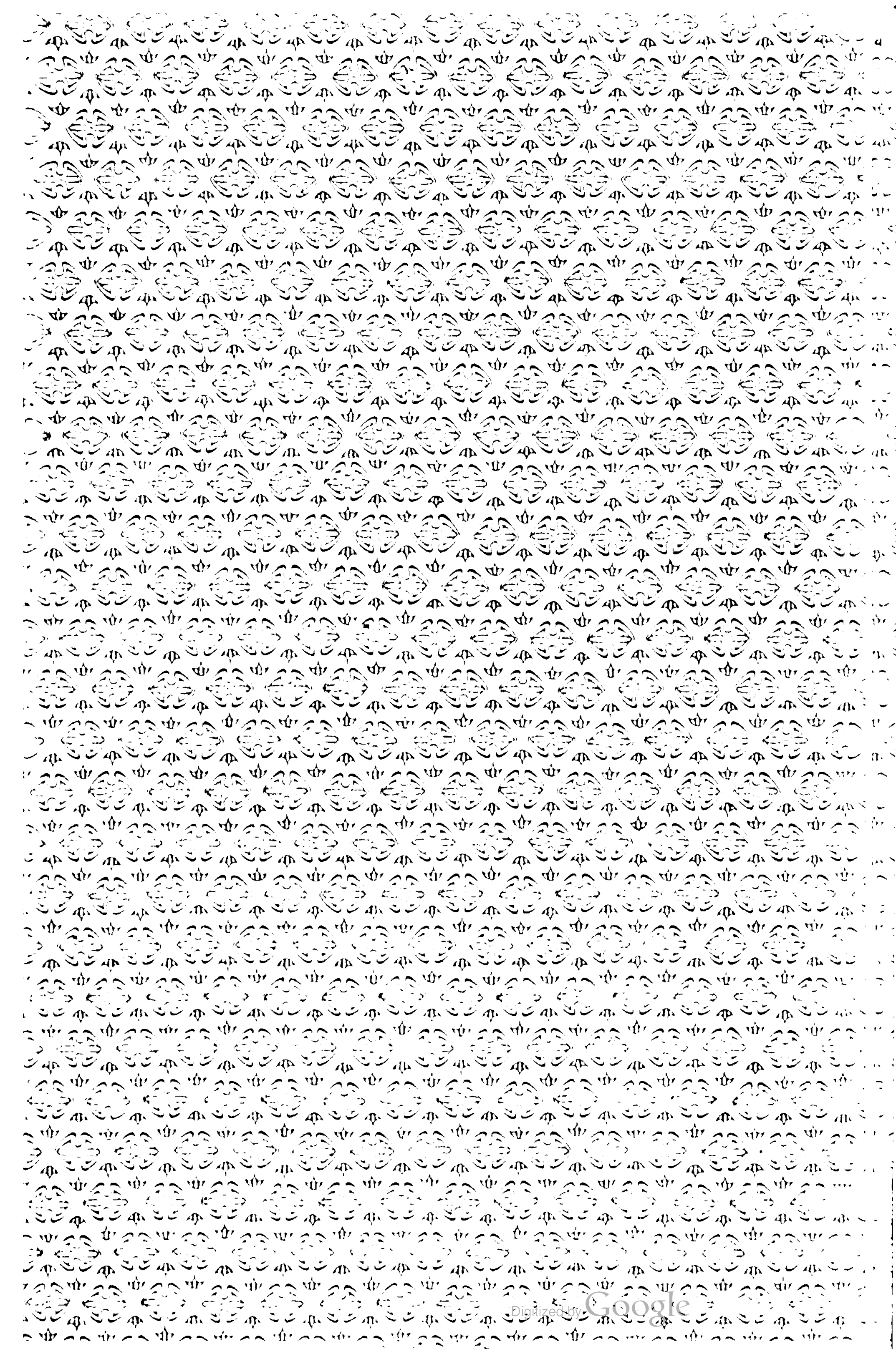




1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. Meyer** (Berlin), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **R. Semon** (München), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON

London.

Neunzehnter Jahrgang.

(Januar—December 1903.)

Berlin, 1903.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

b) Monographien und grössere Aufsätze:

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Nekrologe.

VI. Briefkasten.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIX. Berlin, Januar. 1903. No. 1.

I. Die laryngo-rhinologische Litteratur des Jahres 1901.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	105	267	156	91	149	40	25	833
Deutschland	25	105	50	8	102	9	10	309
Grossbritannien und Colonien	6	54	40	11	68	8	5	192
Frankreich	6	53	51	10	34	17	11	182
Oesterreich-Ungarn	14	23	19	8	37	2	4	107
Belgien und Holland	9	35	16	7	15	5	1	88
Italien	7	10	17	5	9	1	1	50
Russland	6	12	7	2	11	4	—	42
Skandinavien	2	5	11	—	12	3	4	37
Polen	6	3	3	5	7	—	2	26
Spanien	2	3	3	1	1	—	2	12
Schweiz	1	1	—	—	1	—	—	3
Zusammen	189	571	373	148	446	89	65	1881

Die diesjährige Uebersicht weist einen Rückgang der Gesammtproduction auf, der aber, ebenso wie die Verschiebung zwischen den einzelnen Ländern, mehr scheinbar als wirklich sein und auf verspätetes Einlaufen vieler Referate zurückgeführt werden dürfte. Im Uebrigen giebt die Statistik zu besonderen Bemerkungen keine Veranlassung.

II. Referate.

a. Medicamente, Varia.

1) **H. B. Douglass. Anwendung des Ichthargans bei Nasen- und Halserkrankungen. (Ichthargan, its use in nose and throat diseases.)** *Laryngoscope. April 1902.*

Ichthargan besteht aus einer Verbindung von Ichthyol und Silbernitrat, die in Form von 2—10proc. Lösungen gegen acute Entzündungen, chronische hypertrophische Rhinitis und vornehmlich gegen atrophische Rhinitis angewandt wird.

EMIL MAYER.

2) **W. Stuart-Low. Die örtliche Anwendung des Mucins bei gewissen Affectionen der Nase, des Halses und des Ohres. (The topical application of mucin in certain affections of the nose, throat and ear.)** *Lancet. 5. April 1902.*

Verf. hat bereits im Lancet vom 8. September 1900 und 12. October 1901 über die Anwendung des Mucins bei der Behandlung von Magenleiden berichtet. Er bedient sich der löslichen Tabletten, die von Burroughs und Wellcome in den Handel gebracht werden. Dieselben werden in warmem Wasser gelöst und in Sprayform verwandt. Den besten Erfolg erzielt man bei trockenen Katarrhen.

A. BRONNER.

3) **Hahn. Das Adrenalin und seine Anwendung in der Oto-Rhinolaryngologie. (L'adrenalina ed it suo uso in oto-rino-laringologia.)** *Bollett. d. malatt. dell' orecchio, della jola e dal naso. Juni 1902.*

Verf. hat das Adrenalin sowohl bei Operationen in der Nase mit gutem Erfolg gebraucht — empfiehlt jedoch in diesen Fällen stets sorgfältige Tamponade nach der Operation wegen der Gefahr einer eventuellen Nachblutung —, als auch hat er sich von dem Nutzen der Pinselungen mit Adrenalin-Lösung bei Rhinitis vasomotoria mit Hydrorrhoe überzeugen können. Ferner empfiehlt er die Anwendung bei acuten Nebenhöhlenempyemen, um eine Abschwellung der Schleimhaut und so eine Wiederdurchgängigkeit der durch jene Schwellung verstopften Sinusmündungen und einen Abfluss des angesammelten Eiters zu erzielen. Eine mehrere Stunden anhaltende anästhesirende Wirkung konnte Verf. durch Pinselungen mit einem Adrenalin-Cocaingemisch erzielen bei Schluckschmerzen infolge von Larynxphthise.

FINDER.

4) **Dsershgowski. Zur Frage der Immunisation der Thiere und der Bereitung des Heilserums. (K woprosu immunis. shiwotnich i prigot. protiwodif. siworotki.)** *Archiv biol. nauk. Bd. IX. H. 3.*

Bei der Bereitung des Heilserums muss man vor allem drei Forderungen gerecht zu werden verstehen: 1. Serum von möglichst hoher Heilkraft, 2. von minimalen Nebenwirkungen, 3. möglichst billige Herstellung.

Die Arbeit enthält sehr viele Tabellen und ist zum Referat nicht geeignet. D. hat eine grosse Erfahrung hinter sich, er hat im Verlaufe von 7 Jahren ca. 250

Pferde immunisirt. Seine Hauptthesis ist: um möglichst starkes Antitoxin zu erhalten, muss Toxin in steigender Dosis einverleibt werden. P. HELLAT.

5) **Berestnew. Von der Bereitung eines starken Heilserums. (O prigot. silnoi siworot.)** *D. Medizina. 1902. 2.*

Einige kurze Angaben technischer Natur. P. HELLAT.

6) **A. Radcliffe. Traction der Zunge bei Asphyxie. (Tongue traction in asphyxia.)** *Therapeutic Gazette. 15. Januar 1902.*

Wenn die Methode beharrlich durchgeführt wird, verschwindet die Asphyxie und der Patient athmet normal. EMIL MAYER.

7) **George J. Hawley. Entstehung und Anwendung der Dampfmassage. (Vapor massage — its origin and uses.)** *Laryngoscope. März 1902.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

8) **Warnecke** (Hannover). **Eine aseptische Durchleuchtungslampe.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. u. Rhinol. XII. S. 307. 1901.*

Abbildung und Beschreibung. Die Glasröhre, welche die in den Mund zu nehmende Lampe schützt, und das Metallstück, über dem der Untersuchende die Lippen schliesst, werden abgenommen und ausgekocht. KLEMPERER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

9) **F. B. Solger. Ueber Rhinophyma.** (Aus Dr. Joseph's Poliklinik für Hautkrankheiten, Berlin.) *Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. LVII. 3. 1901.*

Die blaurothe Verfärbung und lappenartige Neubildung der Nasenspitze beruhen der Hauptsache nach auf einer starken Vascularisation, beträchtlichen Vermehrung der bindegewebigen Elemente und auffallender Vergrösserung der Talgdrüsen.

S. fand bei seinen mikroskopischen Untersuchungen die Epidermis verdünnt, die Papillarkörper abgeflacht, die Cutis von galligem Infiltrat reichlich durchsetzt. Um die erweiterten Drüsenausführungsgänge zeigte sich hier und da Abscessbildung; die Talgdrüsen waren vergrössert und, so verschieden sie auch an Grösse waren, alle von ziemlich rundlicher Form: die Ausführungsgänge waren weit, ihre Wand verdickt, der Inhalt der Drüsenläppchen zellig — mit einem Worte: Talgdrüsenhyperplasie.

Die Ursache des Rhinophyms ist wahrscheinlich eine Angioneurose.

A. ROSENBERG.

10) **J. Sternberg** (Wien). **Rhinophyma.** (Demonstration in d. k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 22. Februar 1901.) *Wien. klin. Wochenschr. 1901. No. 9.*

Abschälung der veränderten Nasenhaut in toto, Deckung mit Epidermisläppchen nach Thiersch. CHIARI.

11) **Jadassohn** (Bern). **Ueber eine eigenartige Erkrankung der Nasenhaut bei Kindern.** *Arch. f. Dermat. 58. Bd. 1901.*

Die betreffende eigenartige Erkrankung der Nasenhaut ist klinisch ausgezeichnet durch Röthung und minimale Papeln, eventuell auch Pustelchen, histologisch in der Hauptsache durch Infiltrate um die Schweissdrüsenausführungsgänge und meist vergesellschaftet mit Hyperhidrosis. Die Therapie leistet nur sehr wenig.

SEIFERT.

12) **O. B. Ciarella. Resultate bei Impfungen des Gehirns mit Mikroorganismen aus der Nasenhöhle und aus Eiterungen des Mittelohres. (The results of inoculating the brain with micro-organisms taken from the nasal cavities and from suppurations of the middle ear.)** *N. Y. Medical Record. 25. Mai 1901.*

Einige pathogene Organismen aus der Nasenhöhle erzeugen keinerlei Infect, wenn sie subcutan eingeimpft werden, dagegen einen tödtlichen Infect bei Einimpfung in das Gehirn. Gewisse Mikroorganismen machen einen tödtlichen Infect, wenn sie in das Gehirn oder in grösseren Mengen subcutan eingespritzt werden. Mikroorganismen aus den Ohrhöhlen sind auch bei subcutaner Injection pathogen. Mehr oder weniger pathogen sind sie jedoch alle bei der Injection ins Gehirn.

LEFFERTS.

13) **Klemperer** und **Scheier. Zur Bakteriologie der Nase.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XLV. 1902.*

K. und S. suchen die Frage zu entscheiden, ob der Ozaena- und der Rhinosklerombacillus zu den specifischen Bakterien zu rechnen sind und sich von den Friedländerbakterien unterscheiden.

Nach ihren Untersuchungen erscheinen ihnen Ozaena- und Rhinosklerombacillen morphologisch gleich; ebensowenig unterscheiden sie sich in Bezug auf die Thierpathogenität und Virulenz.

Weiter prüften sie, ob die Immunisirung von Thieren gegen eines der fraglichen Bakterien auch gegenüber den anderen, morphologisch gleichen Bakterien, Schutz gewährt.

In der That ist ein gegen Ozaenabacillen immunisirtes Thier auch gegen Rhinosklerombacillen immun und umgekehrt.

Die weitere Frage, ob das Serum eines gegen Ozaenabacillen, Rhinosklerombacillen oder Friedländerbacillen immunisirten Thieres andere Thiere nur gegen dieses eine Bakterium oder auch gegen die beiden anderen schützt, beantworten sie dahin, dass die chemischen Producte, welche durch die Thätigkeit dieser drei Bacillenarten im Thierkörper entstehen und welche als Antitoxine und Agglutinine im Experiment zur Wirkung kommen, identisch sind.

Nichts beweist und vieles spricht dagegen, dass die bei Ozaena und Sklerom vorkommenden Bacillen Erreger dieser Krankheiten sind; sie gleichen vollständig dem Friedländerbacillus und sind mit ihm identisch, vermehren sich nur bei Ozaena und Sklerom lebhaft, rufen vielleicht in dem ozaenösen Sekret und im skleromatösen Gewebe secundäre Veränderungen hervor und wirken so an der Gestaltung dieser Krankheitsbilder mit.

Der Name Ozaena- und Sklerombacillen ist danach fallen zu lassen; wir dürfen nur von Friedländerbacillen bei Ozaena und bei Sklerom sprechen.

A. ROSENBERG.

14) **S. Iglauer. Bakterien in der Nase. (Bakteria in the nose.)** *Laryngoscope. November 1901. N. Y. Medical Record. 28. December 1901.*

Die normale Nase enthält Bakterien. Die practischen Schlussfolgerungen lauten auf Grund davon dahin, dass der Naseneingang vor Operationen zu desinficiren ist, dass derselbe nach Operationen durch ein filtrirendes Wattefilter auf der operirten Seite zu verschliessen ist, dass eine Tamponade der Nasenhöhle unzweckmässig ist, weil sie den reinigenden Schleimstrom zur Stagnation bringt; ferner heilen aus diesen Gründen Nasenwunden nicht per primam und führen daher zuweilen zu Nachblutungen. Fieber und sogar Todesfälle, wie sie manchmal nach Nasenoperationen beobachtet worden sind, sind auf die Anwesenheit pathogener Mikroorganismen zurückzuführen.

EMIL MAYER.

15) **Ch. P. Grayson. Toxische Rhinitis. (Toxic Rhinitis.)** *N. Y. Medical Journal. 8. März 1902.*

Verf. ist der Ansicht, dass die Rhinitis in $^9/_{10}$ der Fälle nicht durch Erkältung, sondern durch Toxämie entsteht. „Feuchte“ Diners sind viel öfter schuld an acuter Rhinitis als feuchte Füsse! Er verurtheilt den weit verbreiteten Gebrauch von Schnupfen-Tabletten, die aus Opium, Belladonna und Aconit bestehen, und empfiehlt als weit zweckmässiger denn eine verweichlichende Schnupfentherapie Reitsport und dergleichen körperliche Uebungen, mit nachfolgendem kaltem Bad und Abreibungen.

LEFFERTS.

16) **Chausserie-Laprée. Die eitrige Rhinitis bei Scharlach. (La rhinite purulente dans la scarlatine.)** *Thèse de Paris. 1900.*

Die eitrige Coryza bei Scharlach kann man in 3 Formen eintheilen: Coryza praecox, tarda und pseudomembranacea.

Die Rhinitis purulenta praecox ist bei weitem die wichtigste und tritt oft im Anschluss an eine einfache Coryza auf zu Beginn der Scharlacherkrankung, aber sie kann auch plötzlich und dabei mit ausserordentlicher Intensität einsetzen. Es fliesst dabei ein richtiger Strom von Eiter und ziemlich dünnflüssigem Schleim aus beiden Nasenlöchern. Diese Rhinitis coincidirt fast stets mit einer heftigen, schmerzhaften Angina. Das Allgemeinbefinden leidet dabei gewöhnlich schwer, die Temperatursteigerung ist beträchtlich und der Tod kann durch Entkräftung eintreten.

Die Rhinitis purulenta tarda tritt etwa am 10. Tage auf, zu der Zeit, wo der Ausschlag verschwindet; sie ist weit seltener als die vorhergenannte Affection und weit gutartiger. Diese Secundärinfection ist oft von einer Otitis begleitet. Das Fieber steigt dabei wieder an und der Urin wird eiweisshaltig. Diese Form, sofern sie sich nicht mit Bronchopneumonie complicirt, verläuft gewöhnlich nicht schwer.

Die pseudomembranöse Form tritt gewöhnlich früh auf und hat diphtheri-

schen Charakter. Die Pseudomembranen sind zart, weissgelblich und reproduciren sich schnell. Gleichzeitig besteht immer eitriger Ausfluss.

Verf. empfiehlt gegen diese Formen von Rhinitis Spülungen mit Wasserstoffsuperoxyd und Natriumbicarbonatlösungen zu gleichen Theilen und darauf folgende Insufflationen mit antiseptischen Pulvern oder Application von Salben. In schweren Fällen müssen Bäder und Injectionen von künstlichem Serum zur Anwendung kommen.

A. CARTAZ.

17) **Lauffs** (Paderborn). **Rhinitis gonorrhoica bei Erwachsenen.** *Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandl. u. s. w. Marhold, Halle a/S. V. II. 1901.*

Nach einer geschichtlichen Uebersicht über dieses Thema beschreibt L. zwei selbst beobachtete, hierher gehörige Fälle.

In dem ersten bestand an den Rändern des rechten Nasenlochs und der Oberlippe Wundsein und Geschwürsbildung, in der rechten Nase reichlicher dickgelber Eiter mit Blut vermischt, in dem Gonokokken nachweisbar waren. Wahrscheinlich hatte der Pat. dadurch seine Nase inficirt, dass er unmittelbar nach einer wegen Gonorrhoe vorgenommenen Harnröhreneinspritzung eine Prise genommen hatte.

Behandlung mittelst mit 10proc. Argoninlösung befeuchteten Wattetampons, Galvanokauterisation des Infiltrats und späterer Anwendung von Zincum sulfuric.

In dem zweiten Falle geschah die Uebertragung von der Harnröhre auf die Nase ebenfalls mittelst des Fingers. —

Möglich ist auch das Vorkommen einer metastatischen gonorrhoischen Nasenentzündung.

Vielleicht ist die Rhinitis gonorrhoica häufiger, als man nach den bisherigen spärlichen Mittheilungen annehmen sollte; es müsste häufiger das Secret bei Nasenerkrankungen einer mikroskopischen Untersuchung unterzogen werden, die ja allein die Diagnose stellen lässt.

A. ROSENBERG.

18) **Carolus M. Cobb. Ist Nasenkatarrh und katarrhalische Taubheit heilbar? (Can nasal catarrh and catarrhal deafness be cured?)** *N. Y. Medical Record. 7. September 1901.*

Sorgfältige Studien an einer grossen Zahl von Fällen haben den Verf. davon überzeugt, dass der sogen. Katarrh der oberen Respirationswege mit seinen Complicationen heilbar ist, und dass, wenn auch viele derartige Fälle Zeit und lange Beobachtung erfordern, die Resultate durchaus befriedigend sind.

LEFFERTS.

19) **A. Bronner. Ursachen und Behandlung der Naseneiterung. (The causes and treatment of nasal suppuration.)** *Lancet. 26. April 1902.*

Verf. macht auf die Häufigkeit und die Gefahr der Naseneiterung aufmerksam, sowie auf die Gefahr der syphilitischen Rhinitis, welche bei vernachlässigter Behandlung oft zu cerebralen Complicationen führt. Nasendiphtherie wird oft übersehen und dann Ursache zur localen Verbreitung der Diphtherie. Nasen-

polypen sind gewöhnlich auf Erkrankung des darunterliegenden Stirnbeins und der Siebbeinzellen zurückzuführen. Die Arbeit bringt mehrere Illustrationen.

AUTOREFERAT.

20) **Sarremone** (Paris). **Facialisneuralgieen im Anschluss an Nasenkatarrh. (Observation de nevralgie faciale consécutive à du catarrhe nasale.)** *Rev. hebd. de Laryng. No. 25. 22. Juni 1901.*

Die Nasenerkrankung bestand in dem hier mitgetheilten Falle in einem kleinen Polypen der Schleimhaut des mittleren Nasenganges und einem Auswuchs an der Muschel. Die Entfernung des ersteren führte keinerlei Besserung herbei, dagegen brachte diejenige der Muschelanomalie die Neuralgie zum Verschwinden.

E. J. MOURE.

21) **C. Fontaine-Maury Leidy. Chorea mit partieller Lähmung nach Rhinitis. (Chorea with partial paralysis secondary to rhinitis.)** *American Medicine. 26. October 1901.*

Verf. ist der Ansicht, dass die partielle Lähmung mit choreatischen Bewegungen in seinem Fall von einer septischen Infection vom Nasenrachenraum herrührten bei unvollkommener Oxydation des Blutes infolge der erschwerten Athmung.

EMIL MAYER.

22) **Gaudier. Behandlung der Rhinitis hypertrophica durch Chlorzinkinjectionen. (Du traitement de la rhinite hypertrophique par l'injection de chlorure de zinc.)** *Nord. méd. 15. Februar 1901.*

G. hat die Manasse'sche Methode der 10proc. Chlorzinkinjection unter die Schleimhaut der unteren Muschel versucht, aber bei 10 Fällen nur 4mal Erfolg damit erzielt.

A. CARTAZ.

23) **Charles A. Jodd. Ein ungewöhnlicher Fall von Hyperplasie der Nasenschleimhaut. (An unusual case of hyperplasia of the nasal mucous membrane.)** *Laryngoscope. April 1902.*

Nichts Bemerkenswerthes.

EMIL MAYER.

24) **Z. L. Leonard. Chronische hypertrophische Rhinitis und ihre Behandlung. (Chronic hypertrophic Rhinitis its; treatment.)** *Southern clinic. Mai 1902.*

Bekannte Ansichten über den Gegenstand.

EMIL MAYER.

25) **Schwenemann. Die Umwandlung (Metaplasie) des Cylinderepithels zu Plattenepithel in der Nasenhöhle des Menschen und ihre Bedeutung für die Aetiologie der Ozaena.** *Virchow's Arch. Bd. 168. H. I. 1902. S. 22.*

Verf. kommt, wie E. Fränkel, zu dem Ergebniss, dass die Ozaena (gleich Phthisis atrophicans oder non atrophicans foetida) das Product eines abgelaufenen und zum Theil noch bestehenden chronisch entzündlichen Processes (Katarrh) der Nasen-(Muschel)-Schleimhaut und der darunterliegenden Theile derselben ist, bei dem die drüsigen Elemente (Bowman'schen Drüsen) durch Atrophie in ihrer normalen Function zum Theil gestört sind.

J. KATZENSTEIN.

26) **Bresgen** (Wiesbaden). **Zur Entstehung des Bildes der Stinknase.** *Die ärztl. Praxis. 4. 1902.*

Kurze Besprechung der Frage, ob nicht vielleicht der Nasentripper der Neugeborenen bei Vernachlässigung dieses Uebels sehr leicht den Ausgang in Stinknase nehmen werde.
SEIFERT.

27) **Carl Seiler. Das rein klinische Bild der atrophischen Rhinitis. (Atrophic rhinitis in its purily clinical aspect.)** *N. Y. Medical Journal. 31. August, 14. September 1901.*

Verf. schliesst sich bezüglich der Behandlung, nach Entfernung von Krusten und Beseitigung der Ozaena, an die Vorschrift von Bresgen (Frankfurt) an, der eine chemische Stimulation der Nasenschleimhäute durch gewisse Silberpräparate empfiehlt; noch erfolgreicher erwies sich ihm zu dem Zweck das stearinsaure Zink. Auch von der von Gottstein empfohlenen Tamponadebehandlung der atrophischen Rhinitis hat er in der grossen Mehrzahl der Fälle in erstaunlich kurzer Zeit Erfolg gesehen.
LEFFERTS.

28) **E. Bouroullee. Ueber Ozaena und ihre Behandlung. (De l'Ozène et de son traitement.)** *Thèse de Paris. 1901.*

Verf. ist der Meinung, dass die Ozaena weniger eine bakteriologische Erkrankung darstellt, als vielmehr eine Trophoneurose, und zwar eine locale Erscheinung einer allgemeinen Dystrophie. Die Behandlung der Wahl besteht in der Elektrolyse, welche die Ernährungsfunctionen der anatomischen Substrate anregt.

Verf. berichtet von einigen günstigen Erfolgen, die er mit dieser Behandlungsmethode erzielt hat.
A. CARTAZ.

29) **J. Siebenmann. Beiträge zur Keuntniss der echten Ozaena. (Contributions to the knowledge of genuine Ozaena.)** *Archives of Otology. Februar 1902.*

Metaplasie und Empyeme kommen gewöhnlich zusammen vor bei tuberkulösen Kranken, und schmales Gesichtsskelett gehört zum phthisischen Habitus.
EMIL MAYER.

30) **Bonnet. Behandlung der Ozaena. (Traitement de l'ozène.)** *Académie de Médecine. 8. August 1901.*

B. empfiehlt Irrigationen mit Methylenblau (2,5 : 1000), die den Geruch in wenig Tagen zum Verschwinden bringen sollen.
PAUL RAUGÉ.

31) **Marsip** (Barcelona). **Die Elektrolyse bei Ozaena. (La electrolisio en la ozena.)** *Revist. de Ciena Medca de Barcelona. No. 7. 1901.*

M. ist Anhänger der elektrolytischen Behandlung der Ozaena, welche ihm günstige Resultate geliefert hat. Hinsichtlich der Wirkung dieser Behandlung neigt er derjenigen Theorie zu, welche annimmt, dass die am positiven Pole sich bildenden Partikelchen von Cupr. oxychlor. in der Nasenschleimhaut bleiben und die Secretion derselben anregen. Letztere wird infolge dessen flüssiger und ihre Stagnation vermieden.
R. BOTEY.

32) **E. Yonge. Die Behandlung der Ozaena durch Elektrolyse. (The treatment of Ozaena by cupric elektrolysis.)** *Lancet. 9. November 1901.*

Die Kupfernadel (positiver Pol) wird in die untere oder mittlere Muschel eingeführt und die Stahlnadel in das Septum. 15 Fälle wurden geheilt, 6 temporär gebessert und 2 erfolglos behandelt. 5 Sitzungen waren das Maximum.

A. BRONNER.

33) **Dionisio. Ueber die Lichtbehandlung der Ozaena. (Sulla fototerapia nell' ozena.)** *Giornale d. Academia di Medicina di Torino. Januar 1902.*

Vermittels Reflectoren liess Verf. durch die dilatirten Nasenlöcher Bogenlicht in die Nasenlöcher werfen; bisweilen wurde dieses Licht noch concentrirt dadurch, dass er es durch in die Nase gesteckte Krystalltuben hindurchgehen liess. Auch hat er kleine Mignonlämpchen, die mit Wasserspülung versehen waren, direct in die Nase eingeführt. In allen Fällen (bisher 6!) hat Verf. „eine sehr beträchtliche Verringerung des Secrets und Verschwinden des charakteristischen Foetors" beobachtet. Hoffentlich ergänzt Verf. durch Veröffentlichung seiner weiteren Erfahrungen bald diese „vorläufige Mittheilung". FINDER.

34) **Maurice Naranchipy. Ueber echte Hydrorrhoea nasalis, ihre Pathogenese und ihre Behandlung. (De l'hydrorrée nasale vraie, sa pathogénie, son traitement.)** *Thèse de Paris. December 1900.*

Es giebt 2 Formen von Rhinorrhoe: Die symptomatische und die echte oder essentielle Rhinorrhoe. Diese ist glandulären Ursprungs und beruht auf einer Reizung der Trigeminusfasern. Diese abnorme Erreguug ist der locale, gewissermaassen metastatische Ausdruck einer neuro-arthritischen Diathese.

Die Behandlung soll eine Herabsetzung der nervösen Reizbarkeit, sowie eine Verminderung der glandulären Secretion durch Reizung der Constrictoren erstreben, und endlich gegen die neuro-arthritische Diathese vorgehen. (Behandlung nach Lermoyez mit Atropin und Strychnin.) Die Nasenschleimhaut direct soll nur dann behandelt werden, wenn sie local erkrankt ist oder wenn die innere Behandlung versagt. A. CARTAZ.

35) **Forselles** (Helsingborg). **Fall von continuirlichem Ausfluss klarer seröser Flüssigkeit aus dem einen Nasenloch. (Fall af kontinuerligt flöde af klar, serös vätska fraan ena näseboren.)** *Finska Läkaresällskapets Handlingar. Mai 1901. p. 394.*

Der Fall betraf eine 32jährige Patientin, und der Ausfluss hatte sich nach einer acuten Krankheit (Influenza) eingestellt. Bei der Untersuchung der Flüssigkeit stellte es sich heraus, dass es sich um Cerebrospinalflüssigkeit handelte.

E. SCHMIEGELOW.

36) **Wyatt Wingrave. Ueber das Wesen des Ausflusses und die Douchenbehandlung. (The nature of discharges and douches,)** *Lancet. 17. Mai 1902.*

Eine im Central London Throat Hospital gehaltene Vorlesung. Am wirksamsten sind alkalische Douchen, da sie lösend wirken auf die Hauptbestandtheile des Secretes, welche andererseits durch Quecksilber, Alaun, Borsäure, Carbol-

säure etc. gefällt werden. Verf. giebt eine Zusammenstellung der Lösungs- und Fällungsmittel. Am besten wirkt eine 1—2proc. Natriumsulphatlösung.

A. BRONNER.

37) **Abraham Jacobi. Nasenreinigung. (Nasal cleansing.)** *N. Y. Medical News. 1. Februar 1902.*

Nicht nur die Haut und anderen Schleimhäute sollen sauber gehalten werden, sondern auch die Schleimhäute des Halses und der Nase müssen häufig gereinigt werden. Schon Kinder sollen dazu ebenso wie zur Säuberung der Hände oder Zähne angehalten werden; einmal am Tage ist nicht zu häufig dafür. Zur Irrigation der Nase soll warmes Wasser verwandt werden. Bei der Behandlung chronisch katarrhalischer Zustände sind vornehmlich Jodpräparate am Platze. Eisenjodid ist besonders bei Kindern indicirt.

LEFFERTS.

38) **Pasini. Ueber die Morphologie des Rhinosklerom-Bacillus. (Sulla morfologia del bacillo del rinoscleroma.)** *Associaz. Med.-Chir. di Parma. 14. II. 1902.*

Verf. behauptet, dass der Frisch'sche Bacillus Geisseln besitze; jedoch sollen dieselben nicht dem Bacillus selbst, sondern der Kapsel derselben angehören. Der Nachweis dieser Geisseln hat insofern eine Bedeutung, als dadurch ein Unterscheidungsmerkmal zwischen dem Rhinosklerombacillus und dem Friedländer'schen Pneumoniebacillus gegeben wäre.

Verf. hat ferner Versuche über das Agglutinationsvermögen des Serums Rhinoskleromkranker gemacht, er hat zwar ein solches gegenüber dem Frisch'schen Bacillus nachweisen können, legt ihm aber keine specifische Bedeutung bei.

FINDER.

39) **William Lincoln. Tuberkulose und syphilitische Granulome der Nase. (Tubercular and syphilitic granulomata of the nose.)** *Laryngoscope. Januar 1902.*

Die Behandlung tuberkulöser Granulome sollte in möglichst vollständiger Entfernung der Geschwulstmassen bestehen, nicht nur den Kranken vor der Allgemeininfection zu schützen, sondern auch um die Localaffection zu heilen. Die Entfernung geschieht am besten mit der scharfen Curette, wobei besonders der Knorpel und die umgebende gesunde Schleimhaut gründlich ausgeschabt werden soll. Die syphilitischen Granulome gehen auf gewöhnliche antisyphilitische Behandlung zurück, jedoch ist dabei auch die chirurgische Behandlung nicht contraindicirt, wenn die Geschwulst so gross ist, dass sie zu localer Obstruction führt.

EMIL MAYER.

40) **A. Lieven. Die Syphilis der oberen Luftwege unter besonderer Berücksichtigung der differentiellen Diagnose und der localen Therapie. I. Theil: Die Syphilis der Nase.** *Haug's klinische Vorträge u. s. w. Fischer, Jena. II. Heft 10. 1898.*

Die Primäraffecte sind ausserordentlich selten. Im Allgemeinen entstehen sie durch eine directe, indirecte oder mittelbare Uebertragung; die erstere

wird in der Regel durch die Genitalien oder den Mund (Küssen, Saugen an der Brust, perverser Geschlechtsgenuss u. s. w.) veranlasst. Die indirecte Uebertragung geschieht meist durch den Finger, dann durch gemeinsame Benutzung von Trink- und Essgeschirren, Handtüchern, Ohrkathetern, Zahninstrumenten u. s. w.

Der Nasenschanker befällt entweder das äussere Integument oder die Schleimhaut.

Ersterer ist entweder ein oberflächlicher oder tiefer, seine Umgebung ist meist stark geschwollen; das Geschwür hat einen harten Grund, speckigen Belag und zeigt nach Abwischen desselben reichliche Ecchymosen. Das Ulcus des Naseninnern sitzt in der Regel am Septum; es hat die Neigung, fungöse Massen zu treiben, so dass das Bild eines Pilzes mit breitem Stiel entsteht.

Ist die äussere Nase befallen, so schwellen die Submaxillar- und Präauriculardrüsen an; beim Ulcus der Schleimhaut kommt es daneben noch zu Bubonen im Bereich der Gland. praepharyngeal. und faciales profundae. Gewöhnlich ist die Drüsenschwellung schmerzlos, gelegentlich machen sie Beschwerden und gehen in Eiterung über. Die subjectiven Beschwerden sind mässig (Nasenverstopfung) oder aber auch lebhaft (neuralgische Schmerzen).

Differentialdiagnostisch kommen maligne Tumoren in Frage; sie wachsen aber langsamer, rufen in kurzer Zeit keine solche Reaction hervor und zeigen nicht so früh so massige Drüsenschwellungen. Entwickelungsdauer, Drüsenschwellungen und Lebensalter schützen auch bei Erkrankung der Schleimhaut vor der Annahme eines Carcinoms; eventuell sichern die Secundärerscheinungen die Diagnose.

Die secundäre Syphilis erscheint als Erythem oder Papel. Das erstere, der syphilitische Schnupfen, macht sich durch eine Vergrösserung der Muscheln, kupferige Röthe der Schleimhaut, geringe Secretion und mässige Erschwerung der Nasenathmung bemerkbar. Die Papel localisirt sich mit Vorliebe am Nasenflügel, nahe der Nasolabialfalte und complicirt sich häufig mit einem Eczem; auf der Schneider'schen Membran sieht man gewöhnlich nur die erosiven Syphilide, selten die Plaques opalines.

Bezüglich der Diagnose ist von Wichtigkeit die Anamnese und die allgemeine Untersuchung; der syphilitische Schnupfen dauert länger als der genuine; nur bei ihm findet man die fleckige Röthe, besonders am Septum, und er ist fast immer einseitig.

Die tertiäre Syphilis kann schon im 1. Jahre post infectionem eintreten. Auf der Schleimhaut stellt das Gummi ein diffuses Infiltrat dar, das aus grosskernigen Rundzellen gebildet wird und Schleimhaut, Periost und Knochen zu durchsetzen vermag; seltener ist es scharf umschrieben. Infolge der Obliteration der Gefässe und der dadurch bedingten mangelnden Ernährung des Granulationsgewebes kommt es zu seiner schleimigen Erweichung. Weiter entsteht Durchbruch des Inhalts des Neoplasma nach aussen und Ulceration.

Der Knochen kann auch primär ergriffen werden.

Die tertiäre Nasenlues kennzeichnet sich durch einen lang dauernden Schnupfen, anfänglich wässerige, allmälig dicklicher werdende Secretion, Nasenverstopfung; dazu gesellt sich ein sich immer steigernder Kopfschmerz. Man

sieht dann die Gummata oder die diffuse Infiltration; manchmal sind erstere so gross, dass man von syphilitischen Tumoren spricht.

Die Geschwüre stellen am Septum fast immer longitudinale Furchen dar, an den Muscheln sind sie speckig belegte, tiefe Defecte mit wallartigen Rändern. Durch schlaffe Granulationen dringt die Sonde auf nekrotischen Knochen. Mit der Sequesterbildung stellt sich der schauderhafte Geruch ein. Cariöse Processe am Siebbein führen zur Einschmelzung dieses Knochens; hier liegt eine besondere Gefahr wegen der Nähe des Gehirns und seiner Häute, in der Betheiligung der Lamina cribrosa. Oft findet sich ein Empyem des Siebbeins, auch die anderen Nebenhöhlen sind nicht selten betheiligt.

Störungen der äusseren Form und Function der Nase werden durch Elimination von Knochen verursacht; weiter können entstehen Communication zwischen Nasen- und Mundhöhle, Verlust von Muscheln, Synechien, Membranbildung, Defecte der äusseren Nase.

Die Deformitäten derselben sind die Sattelnase, die Lorgnettennase und eine Veränderung der Stellung der Nasenspitze.

Subjective Erscheinungen sind: erschwerte Nasenathmung, Verlust des Geruchs, Neuralgie, Thränenträufeln, Foetor und Störungen des Allgemeinbefindens. — Das tuberkulöse Infiltrat ist durch histologische Untersuchung resp. Jodtherapie auszuschliessen; das tuberkulöse Geschwür geht nicht so tief und hat eine unregelmässige Gestalt, wächst nur langsam u. a. m. Der Lupus entwickelt sich langsam, seine Geschwüre sind oberflächlich (event. Tuberkulinprobe). Gegenüber dem Carcinom entscheidet die histologische Untersuchung und Jodkali. Bei Rotz findet man den Rotzbacillus.

Zum Schluss bespricht L. noch eingehend die Prognose tertiärer Nasenlues.

Es liegt hier eine umfassende, klar geschriebene und auf reicher eigener Erfahrung basirende Abhandlung vor.

A. ROSENBERG.

41) Carolus M. Cobb. **Die springenden Punkte in der Behandlung der syphilitischen Erkrankungen von Nase und Hals. (Salient points in treatment of syphilitic lesions of the nose and throat.)** *Annals of Otology, Rhinologie and Laryngology. Februar 1902.*

Die interne Behandlung soll dabei so weit wie möglich gehen je nach der Individualität des Falles. Prolongirte heisse Bäder machen den Kranken der nachfolgenden Medication schneller zugänglich. Bei Nasen- und Halsaffectionen kommen auch secundäre Infectionen vor und es müssen daher ausgiebig Antiseptica angewandt werden; die locale Application von Quecksilber ist bei derartigen Affectionen gleichfalls wirksam.

EMIL MAYER.

42) Renault et Durante. **Nasale Erkrankung unklarer Art. (Affection nasale de diagnostic obscur.)** *Société française de Dermatologie et Syphilographie. 7. Juni 1901.*

Es handelt sich um einen Kranken, bei dem die Diagnose erst auf Syphilis, dann auf Coryza chronica simplex, dann auf Lepra und schliesslich auf Rhinosklerom gestellt war. Diesen verschiedenen Auffassungen fügen die beiden Autoren

noch eine weitere hinzu, nämlich die eines tuberkulösen Charakters der Erkrankung, trotzdem Koch'sche Bacillen nicht nachweisbar sind.

Die Erkrankung besteht in 4 abgeplatteten Knoten, die den Nasenflügeln aufsitzen, in Schwellung der Nasenschleimhaut, völliger Indolenz und massenhafter Secretion aus der Nase. PAUL RAUGÉ.

43) **Wm. Osler. Ueber eine Familien-Form von recidivirender Epistaxis mit multiplen Teleangiectasien auf der Haut und den Schleimhäuten. (On a family form of recurring epistaxis associated with multiple teleangiectasis of the skin and mucous membranes.)** *Bulletin of John Hopkins Hospital. November 1901.*

Verf. konnte einen derartigen Fall in der Literatur finden und fügt 3 eigene Beobachtungen hinzu:

1. Anfälle von Nasenbluten seit der Kindheit. Sieben Familienmitglieder leiden an derselben Affection und zeigen Teleangiectasieen auf Gesichtshaut und Schleimhäuten der Nase und des Mundes.

2. Epistaxis seit der Kindheit. Teleangiectasieen von Haut und Schleimhäuten. Blutung von 2 Stellen her. Magenkrebs. Tod. Autopsie.

3. Recidivirende Epistaxis seit dem 10. Lebensjahr. Multiple Teleangiectasien der Haut und der Schleimhäute von Nase und Mund. Auf die Cauterisation der Angiome folgte eine profuse Blutung, die nach und nach aufhörte. Patient hatte sich selbst Abhülfe ersonnen durch Einführung eines aufblasbaren Gummifingers in das Nasenloch. EMIL MAYER.

44) **B. Myers. Chronisches Nasenbluten (vicariirende Menstruation). Cauterisation der Nase mit nachfolgender beträchtlicher allgemeiner und localer Besserung. (Chronic epistaxis [vicarious Menstruation]; cauterisation of the nose followed by great general and local improvement.)** *Lancet. 14. December 1901.*

Titel giebt den Inhalt. A. BRONNER.

45) **Hunter Mackenzie. Ein Fall von unstillbarem Nasenbluten. (A case of intractable nasal haemorrhage.)** *Lancet. Mai 1902.*

Es handelt sich um einen 49jährigen Mann, der auch an Albuminurie litt. Er machte in einer Woche 7 schwere Blutungen aus dem rechten Nasenloch durch. Die Hämorrhagie kam vom vorderen Drittel des Septums. Galvanokaustik war erfolglos. Erst das Curettement der Schleimhaut am vorderen Drittel des Septums brachte Stillstand der Blutung. A. BRONNER.

c. Mundrachenhöhle.

46) **A. T. Lartigan. Verschiedene Arten von Tonsillitis. (Tonsillitis varieties.)** *N. Y. Medical News. 8. März 1902.*

Die Erkrankungsprocesse bei den verschiedenen Tonsillitisformen können oberflächlich oder tief, exsudativer oder hypertrophischer Natur sein. Der gewöhnlichste Erreger ist der Streptococcus und der Staphylococcus und der Diph-

theriebacillus, der Pneumococcus und der Tetragenus. Syphilitische Infectionen der Rachentonsille sind nicht beobachtet worden (doch! Red.), während solche der Gaumentonsillen nicht selten sind. Primäre, secundäre und tertiäre Affectionen kommen dabei vor. Häufige Ursache der Tonsillitis ist der Diplococcus lanceolatus. Von 11 Fällen nicht diphtheritischer Tonsillitis erwiesen sich 5 Fälle im Culturverfahren steril, während 6 Mischinfectionen mit Ueberwiegen einer für Meerschweinchen nicht virulenten Streptococcusform darstellten. LEFFERTS.

47) **W. G. Bisell. Die bakterielle Pathologie, Symptomatologie, Diagnose, Behandlung und Isolirungsmaassregeln der entzündlichen Tonsillarerkrankungen. (The bacterial pathology, symptomatology, diagnosis, treatment and quarantine of tonsillar inflammations.)** *N. Y. Medical Record. 7. Juni 1902.*

Verf. bespricht zunächst die folliculäre einfache Angina. Die culturellen Methoden ergeben dabei den Staphylococcus pyogenes aureus und albus bei Ausschluss anderer Mikroorganismen. Die Behandlung ist einfach, die Prognose sehr gut. Calomel innerlich, Glycerin- und Eisenchloridapplication auf die Tonsillen sind dabei indicirt. — Bei der nächsten Krankheitsgruppe findet sich der Klebs-Löffler'sche Bacillus; hier sollte Isolirung durchgeführt und Antitoxin verabreicht werden. Wenn die Membranen dick sind, ist locale Application von Löffler-Lösung, 10proc. Silbernitrat und 10proc. Protargollösung empfehlenswerth, daneben Dotell'sche Lösung oder Seiler'sche Tabletten in Lösung. Die Prognose der Tonsillen- und Rachendiphtherie ist gut, wenn die Erkrankung frühzeitig bekannt und behandelt worden ist.

Eine weitere Gruppe von Erkrankungen ist eine solche, bei denen Entzündungen auf der ausschliesslichen Gegenwart des Streptococcus pyogenes beruhen. Die Localbehandlung ist die gleiche wie bei Diphtherie. Diphtherieantitoxin nützt dabei wenig, dagegen eher Antistreptokokkenserum. Hier sind ebenfalls gewisse Isolirungsmaassregeln am Platze.

Eine weitere Gruppe ist die Entzündung durch den Micrococcus sputi septicaemiae. Die Behandlung ist dabei wie bei der Streptokokkeninfection, nur dass es noch kein Antiserum dagegen giebt.

Tonsillen-Infectionen mit Oidium albicans werden mit localen alkalischen Waschungen und mit allgemeinen Tonicis behandelt.

Des Weiteren bespricht Verf. die Desinfection. LEFFERTS.

48) **Ashby. Acute Tonsillitis. (Acute tonsillitis.)** *N. Y. Medical Record. 19. October 1901.*

Rp. Natrii salicyl.
Kalii cit. aa 0,66
Sir. prun. virginianae 8,4
Aq. q. s. 60,0.

M. S. 1 Theelöffel voll 3stündl. für ein 6jähr. Kind. LEFFERTS.

49) **S. Floresheim. Acute Angina. Ihre Localbehandlung mit Jodtinctur. (Acute amygdalitis; its treatment by the local application of the tincture of Iodine.)** *N. Y. Medical Record. 12. October 1901.*

Verf. hält die Jodtinctur für das kräftigste Antiphlogisticum bei Halsentzün-

dungen. Die Erleichterung tritt oft schon 5 Minuten nach der Application ein, und zwar häufig noch, wenn andere Mittel erfolglos angewandt wurden. Verf. hat in 16 Fällen gute Erfolge damit erzielt. LEFFERTS.

50) **George Gross. Jodtinctur bei Angina. (Tincture of Iodine in amygdalitis.)** *N. Y. Medical Journal. 2. November 1901.*

Burlureaux war der erste, der in seiner Publication: La pratique de l'antisepsie dans les maladies contagieuses, 1892, die Application der Jodtinctur gegen phlegmonöse Angina warm empfohlen hat. Gross hat sich in mehreren Fällen von der günstigen Wirkung überzeugen können. LEFFERTS.

51) **B. Ray Brownnig. Jod bei acuten Halserkrankungen. (Iodine in acute throat affections.)** *N. Y. Medical Journal. 14. December 1901.*

Verf. bedient sich seit 14 Jahren bei allen Formen der Angina mit Erfolg einer mit Glycerin und Wasser verdünnten Jodtinctur:

Rp. Tinct. Jodi 3,75
Kalii jodat. 1,0
Acidi carbol. 0,6
Glycerini 15,0
Aqua ad 120.

M.D.S. in schweren Fällen $^1/_2$ stündlich, in leichten Fällen stündlich in den Hals zu sprayen. LEFFERTS.

52) **Notiz des Herausgebers. Tonsillitis. (Tonsillitis.)** *N. Y. Medical Record. 7. December 1901.*

Rp. Formalin 1,0
Kali chlorici
Liq. ferri chlor. aa 3,75
Aq. menth. pip. 120,0

und Rp. Chinin. hydrobrom.
Natr. benzoic. aa 0,12
Saloli 0,3.

M. f. Caps. No. 1. S. 3stündl. 1 Kapsel. LEFFERTS.

53) **Notiz des Herausgebers. Folliculäre Tonsillitis. (Follicular tonsillitis.)** *Medical Fortnightly. 28. Februar 1902.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

54) **R. Curtis Brown. Folliculäre Tonsillitis. (Follicular tonsillitis.)** *N. Y. Medical Record. 1. März 1902. N. Y. Medical Journal. 8. März 1902.*

Folliculäre Tonsillitis wird nicht durch einen bestimmten Mikroorganismus verursacht, sondern durch verschiedene bekannte Mikroben. Die Symptome der Tonsillitis sind zum Theil verursacht durch ein Uebermaass von Function. Unter der Anregung der Infection produciren die Lymphkörperchen des adenoiden Tonsillengewebes ein Antitoxin, das den Invasionskeimen entgegenwirkt. Das Charakteristische ist eine Exsudation, die weder organisirt noch adhärent ist. Die Gegenwart des Klebs-Löffler-Bacillus spricht noch nicht gegen einfache folli-

culäre Tonsillitis. Es besteht ein gewisser Zusammenhang zwischen folliculärer Tonsillitis und Infectionskrankheiten.

LEFFERTS

55) **Ch. W. Dulles. Bemerkung über die Behandlung folliculärer Tonsillitis. (Note on the treatment of follicular tonsillitis.)** *Philadelphia medical Journal. 11. Januar 1902.*

Fast völlige Enthaltung von der Nahrungsaufnahme und Behandlung mit kleinen Dosen von Calomel und Mundwaschungen mit Borsäurelösungen.

EMIL MAYER

56) **Notiz des Herausgebers. Scarlatinöse Angina. (Scarlatinal Angina.)** *N. Y. Medical Record. 5. April 1902.*

Rp. Natrii sozoiodol.
Sulfur. praecip. aa 15,0.
Ms. Mehrmals täglich einzublasen.

LEFFERTS.

57) **S. Solis Cohen. Orthoform gegen Schluckschmerzen. (Orthoform to mitigate odynophagia.)** *Journal American Medical Association. 14. December 1902.*

Verf. hat mit der Anwendung des Orthoforms zur temporären Erleichterung der Schluckbeschwerden bei entzündlichen oder ulcerativen Processen im Halse, sowie bei tuberkulöser Laryngitis gute Erfolge erzielt.

EMIL MAYER.

58) **Wm. Cheatham. Ueber den Rheumatismus und seine Beziehungen zur Halsentzündung. (An epitome of the subject of rheumatism as cause and effect in inflammation of the throat.)** *N. Y. Medical Journal. 21. December 1901.*

Verf. ist der Ansicht, dass chronischer Rheumatismus häufig Anfälle von Tonsillen-, Pharynx- und Larynxentzündungen verursacht, und dass acute Exacerbationen bei chronischen Rheumatismen häufig eingeleitet oder gefolgt werden von acuten Anginen. Im Anschluss an derartige Anfälle können wir alle Herz-, Gelenkaffectionen und sonstige Anomalien auftreten sehen, wie bei anderen rheumatischen Affectionen.

LEFFERTS.

59) **D. T. Whiteley. Halsschmerzen als Vorläufer des acuten Rheumatismus. (Sore throat as a premonitory symptom of acute rheumatism.)** *Lancet. 21. Juni 1902.*

Mittheilung von 2 Fällen, in denen Halsschmerzen als Vorläufer 4 resp. 10 Tage vor fieberhaften Rheumatismen auftraten.

A. BRONNER.

60) **William P. Mann. Acute folliculäre Tonsillitis als Complication einer echten Diphtherie. (Acute follicular tonsillitis complicating in the true diphtheria.)** *American Medicine. 7. September 1901.*

Bericht über einen Fall.

EMIL MAYER

61) **De Guelder. Streptokokken-Angina mit Meningitis. (Angine streptococcique avec méningite.)** *Annal. de la Soc. Méd. Chir. d'Anvers. Mai-Juni 1901.*

Mittheilung eines Falles von Angina streptococc. in der Med. Chir. Gesellschaft von Antwerpen, der sich mit Meningitis complicirte.

BAYER.

62) **Leven** (Elberfeld). **Fall von Sclerodermie nach Angina.** *Dermat. Centralblatt. V. 4. 1902.*

Bei einem jungen Mädchen entwickelte sich im directen Anschluss an eine Angina, welche typisch verlief, eine Sklerodermie, welche von der Halsgegend sich auf die Haut des Gesichtes, des behaarten Kopfes und allmälig abwärts bis zur Taille verbreitete.

SEIFERT.

63) **Derache. Multiple Complicationen im Gefolge einer phlogmonösen Angina. (Complications multiples à la suite d'angine phlegmoneuse.)** *Archiv. Méd. Belg. September 1901.*

Im Gefolge einer linksseitigen Peritonsillarphlegmone bei einem 34jährigen Schreiner stellte sich am 3. Tage nach Eröffnung des Abscesses heftiges Fieber und eine Phlegmone des Zellgewebes unter dem Deltoideus ein, gefolgt von einer Osteomyelitis des Humerus. Operation. Besserung. Darauf setzte eine Anschwellung des Metacarpo-phalangealgelenkes des Mittelfingers, dann der Gelenke aller Finger und schliesslich des Ellenbogengelenkes ein, welche der Behandlung mit Methyl. salicyl. wichen. Zum Schlusse gesellte sich noch ein Erysipel des Oberarmes dazu, welches das ganze Glied in Mitleidenschaft zog. Darauf trat rasch vollständige Heilung ein.

BAYER.

64) **A. Raoult. Neue Fälle von Angina ulcero-membranosa. (Nouveaux cas d'amygdalite ulcero-membraneuse.)** *Progrès médical. 6. Juli 1901.*

In dieser Arbeit giebt Verf. einen Ueberblick über die Geschichte dieser Form von Angina, wie sie Vincent beschrieben hat, und erweist ihre absolute Identität mit der Stomatis ulcero-membranosa. Dabei publicirt er 4 sehr interessante einschlägige Krankenbeobachtungen.

A. CARTAZ.

65) **Jacob Sobel** und **Ch. Herman. Ulcero-membranöse Angina mit dem Bacillus fusiformis Vincenti. Bericht über 12 Fälle bei Kindern. (Ulcero-membranous angina associated with the fusiform bacillus [Vincent]; a report of twelve case in children.)** *N. Y. Medical Record. 14. December 1901.*

Ausführliche Besprechung des Krankheitsbildes im Anschluss an 12 Fälle.

LEFFERTS.

66) **Emil Mayer. Affectionen des Mundes und des Halses mit Bacillus fusiformis und Spirillum Vincenti. (Affections of the month and throat accociated with the fusiform bacillus and spirillum of Vincent.)** *The American Journal of the Medical Sciences. Februar 1902.*

Verf. findet es in Anbetracht der Thatsache, dass über dieses Thema bereits 60 Publicationen vorliegen, bemerkenswerth, dass seither noch kein Fall aus Amerika mitgetheilt worden ist. Er beschreibt einen derartigen Fall und betont die Aehnlichkeit der Affection mit Syphilis.

AUTOREFERAT.

67) **Smirnow. Geschwürige Angina mit Vincent'schen Bakterien. (Jaswen. shaba s palotsch kamia Vincenta.)** *M. Obosr. 1902. 4.*

Mittheilung eines Falles, der ähnlich einer diphtheritischen Erkrankung ver-

lief, mikroskopisch sich aber als von den Vincent'schen Bakterien herrührend erwies.

P. HELLAT.

68) **C. Compaired** (Madrid). **Vom Schanker der Mandeln. (Del chancro amigdaliano.)** *Revist. de Medic. y Ciurg. Pract. No. 28. Julio 1900.*

Klinische Beobachtung von 9 Fällen von syphilitischem Schanker der Tonsillen mit Statistik über Häufigkeit derselben nach Auftreten der Primäraffection.

R. BOTEY.

69) **M. A. Goldstein. Acute Eiterung der Tonsillen und des peritonsillären Gewebes. (Acute suppuration of the faucial tonsil and peritonsilar tissue.)** *Laryngoscope. October 1901.*

Verf. zieht folgende Schlüsse: a) Die Bildung eines spontanen acuten Abscesses in der Tonsille ist sehr selten. b) Unsere Kenntnisse von der Eingangspforte der Infection in das peritonsilläre Gewebe sind noch unsicher. c) Zahlreiche Maassnahmen zur Coupirung dieses Krankheitsprocesses sind fehlgeschlagen. d) Frühzeitige chirurgische Intervention, noch vor der Eiterbildung ist die beste Prophylaxe.

EMIL MAYER.

70) **Talbot R. Chambers. Drüsencomplicationen der Tonsillitis und Peritonsillitis. (Glandular complications of tonsillitis and peritonsillitis.)** *Laryngoscope. October 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

71) **H. J. Hartz. Chronischer oder recidivirender Peritonsillarabscess. (Chronic or recurrent peritonsillar abscess.)** *Laryngoscope. October 1901. N. Y. Medical Record. 23. November 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

72) **John T. Kyle. Peritonsilläre Eiterung. (Peritonsillar suppuration.)** *Medical and Surgical Monitor. 15. April 1902.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

73) **Donald M. Barstow. Beitrag zum Studium des peritonsillären Abscesses. (A contribution to the study of peritonsillar abscess.)** *N. Y. Medical Record. 19. April 1902.*

Verf. macht auf ein Behandlungsverfahren aufmerksam, das sich ihm in zahlreichen Fällen bewährt hat. Es besteht in breiter Eröffnung des supratonsillären Recessus, so dass derselbe ausgiebigen Abfluss hat und nicht mehr zum Auffangen von allerhand Mikroorganismen dienen kann. Nach Cocainisirung wird mit dem Bistouri eine bogenförmige Incision von oben nach unten gemacht, die die Plica triangularis an ihrer Basis von dem vorderen Gaumenbogen abtrennt. Dann wird mit der Myle'schen Tonsillenzange die ganze obere Partie der Tonsille entfernt, zugleich mit der ganzen oder theilweisen Plica triangularis.

LEFFERTS.



74) **W. Stuart-Low. Das anatomische Tonsillotom. (The anatomical tonsillotome.)** *Lancet. 29. Juni 1902.*

Modification der Form der Oeffnung an einem gewöhnlichen Mackenzie-Tonsillotom, so dass sie in ihrer Form der Tonsille besser entspricht.

A. BRONNER.

75) **Homer M. Thomas. Nachblutung nach Tonsillotomie. (Secondary haemorrhage following tonsillotomy.)** *Illinois Medical Journal. Februar 1902.*

Bericht eines Falles, in dem 3 Tage nach der Operation die Nachblutung eintrat.

EMIL MAYER.

76) **H. A. Leipziger. Blutung nach Tonsillotomie. (Haemorrhage after tonsillotomy.)** *N. Y. Medical Record. 12. April 1902.*

Mittheilung eines Falles, in welchem subcutane Morphiuminjectionen gute Dienste leisteten.

LEFFERTS.

77) **W. K. Simpson. Blutung und Nachbehandlung bei Tonsillotomie. (Hemorrhage and after-treatment in tonsillotomy.)** *N. Y. Medical News. 8. März 1902.*

Bei Tonsillenoperationen an Kindern ist die Gefahr der Nachblutung sehr gering. Es werden davon nur wenige schwere Fälle berichtet und diese verliefen fast niemals tödtlich. Die Secundärblutung soll etwas häufiger auftreten nach der Anwendung von Adrenalin zur Verhütung der primären Blutungen. Jedoch bedarf diese Frage noch der Klarstellung. Wenn eine Arterie spritzt, soll eine Arterienklemme angelegt werden. Bei parenchymatösen Blutungen ist die Verwendung von Eisenchlorid zur Stillung zweckmässig. Im Allgemeinen erfordert die Tonsillotomie keinerlei Nachbehandlung.

LEFFERTS.

78) **Lee Weber. Secundäre Blutung 5 Tage nach Tonsillotomie. (Secondary hemorrhage on the fifth day after tonsillotomy.)** *Laryngoscope. April 1902.*

Die zwei interessanten Punkte der Mittheilung sind einmal, dass die Nachblutung erst am 5. Tage nach der Operation und ausserdem, dass sie bei einem erst 5jährigen Kinde auftrat.

EMIL MAYER.

79) **Edgar A. Forsyth. Tonsillotomie-Exanthem. (Amygdalotomy rash.)** *N. Y. Medical Journal. 21. December 1901.*

Das Exanthem pflegt am 2. oder 3. Tage nach der Operation aufzutreten und kann papulös, roseolaartig oder erythemartig sein. Es breitet sich. am Hals, der Brust und dem Abdomen aus, zuweilen auch am Gesicht und Extremitäten, bleibt zwei, drei, sogar bis fünf Tage bestehen, und verschwindet dann schnell. Manchmal kommt es zur Abschuppung. Die Allgemeinerscheinungen sind sehr unbedeutend. Verf. sah einmal ein Tonsillotomieexanthem nach Entfernung einer Rachentonsille bei einem 11jährigen Knaben im Mai 1900.

LEFFERTS.

80) **Notiz des Herausgebers. Tonsillotomie-Exanthem. (Amygdalotomy rash.)** *N. Y. Medical Journal. 21. December 1901.*

Dieses Exanthem hat denselben Charakter wie das als chirurgische oder traumatische Scarlatina beschriebene.

LEFFERTS.



81) **W. Wingrave. Tonsillotomie - Exanthem. (Tonsillotomie - Rash.)** *Lancet. 31. August 1902.*

Verf. hat 30 Fälle von Exanthem nach Entfernung der Tonsillen und adenoiden Wucherungen in den letzten 7 Jahren beobachtet, und zwar 20 bei weiblichen und 10 bei männlichen Kranken.

A. BRONNER

d. Diphtheritis und Croup.

82) **Frederic P. Gorham. Morphologische Varietäten des Diphtheriebacillus. (Morphological varieties of bacillus diphtheriae.)** *Journal of Medical Research. Juli 1901.*

Diphtherieähnliche Bacillen kommen häufiger in der Nase als in dem Halse vor, und zwar in einem nicht unbeträchtlichen Procentsatz anscheinend gesunder Personen. Verf. hat die verschiedenen Varietäten des Diphtheriebacillus eingehender studirt.

EMIL MAYER.

83) **Jobson Horne. Der Ventrikel des Larynx als Herberge von Diphtheriebacillen. (The ventricle of the larynx as a harbor for diphtheria bacilli.)** *N. Y. Medical Record. 13. Juli 1901.* — Herausgebernotiz: *Journal American Medical Association. 3. August 1901.*

Verf. theilt 2 Fälle mit von Diphtherie bei Kindern, die wegen Crouphustens und Dyspnoe Tracheotomie nöthig machten. Irgend welche sonstigen Anzeichen von Diphtherie oder Membranbildung fehlten, und die bakteriologische Untersuchungen während des Lebens waren negativ. Trotz Antitoxinbehandlung starb das eine der beiden Kinder; bei der Autopsie fand sich nichts von Membranbildung; aus Larynx- und Tracheaoberfläche vermochte Ref. keine Diphtheriebacillen zu züchten, wohl aber aus dem Inneren der laryngealen Ventrikel! Verf. ist der Ansicht, dass auf diese Weise auch viele ähnliche Fälle erklärt werden müssen, die auf Grund bakteriologischer Untersuchungen als nicht diphtheritisch angesprochen worden sind, sowie solche, die recidivirten ohne erkennbare Ursache.

LEFFERTS.

84) **H. Beasley. Ein Fall von recidivirender Diphtherie. (A case of relapsing diphtheria.)** *Lancet. 31. August 1901.*

Mittheilung eines recidivirenden Falles von Diphtherie bei einem Mädchen, das 1000 Einheiten Diphtherieserum bekommen hatte

A. BRONNER.

85) **D. N. Blakely** und **F. G. Burrows. Diphtherie als Complication von Masern. (Diphtheria as a complicating of measles.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 25. Juli 1901.*

Verff. verlangen, dass bei einer Masernepidemie in Räumen, die zahlreiche Kinder beherbergen, alle Kinder mit Diphtherieserum gespritzt werden, da die bei Masern auftretenden Diphtherien besonders gefährlich zu verlaufen pflegen.

EMIL MAYER.

86) J. M Mason. **Diphtherie als Complication von Typhus. Mittheilung eines Falles. (Diphtheria complicating typhoid fever. Report of a case.)** *American Medicine. 31. August 1901.*

Der Titel giebt den Inhalt.

EMIL MAYER.

87) C. Buckley. **Eine seltene Form von Purpura als Complication der Diphtherie. (A rare form of purpura complicating diphtheria.)** *Lancet. 20. Juli 1901.*

Es handelt sich um ein 10jähriges an Diphtherie erkranktes Mädchen, das eine grosse Dosis Heilserum bekommen hatte. Am 4. Tage trat ein papulöses, zum Theil petechienartiges Exanthem auf, das am folgenden Tage Bläschenbildung zeigte. Verf. betrachtet den Fall als Beispiel einer Henoch'schen Purpura.

A. BRONNER.

88) Alexander Mackenzie Campbell. **Moderne Behandlung der Diphtherie. (The modern management of diphthoria.)** *The Physician and Surgeon. August 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

89) J. C. Litzenberg. **Kurze Uebersicht über die Behandlung der Diphtherie. (Brief review of the treatment of diphtheria.)** *North Western Lancet. 1. August 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

90) Adolph Rupp. **Bemerkungen über die wissenschaftliche und practische Seite der Antitoxinbehandlung der Diphtherie. (Remarks on the scientist, the practitioner and the antitoxin treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 31. August 1901.*

Verf. warnt vor Ueberschätzung der Diphtherieserums, dessen Nutzen er nur in beschränkten Grenzen anerkennt.

LEFFERTS.

91) A. E. Porter. **Der Werth des Antitoxins zur Verhütung der Diphtherie. (The value of antitoxin in the prevention of diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Juli 1901.*

Der Verf. giebt eine Anzahl Beispiele von der günstigen Wirkung prophylactischer Antitoxininjectionen (500 Einheiten) in diphtherieinficirten Familien.

LEFFERTS.

92) H. L. Nietert. **Ungewöhnliche Dosirung von Diphtherieantitoxin. (Unusual dosage of diphtheria antitoxin.)** *St. Louis Medical Review. 6. Juli 1901.*

Interesse erregt an dem mitgetheilten Fall, dass derselbe 25500 Antitoxineinheiten erhielt ohne nachtheiligen Effect.

EMIL MAYER.

93) G. A. Davis. **Der positive Werth des Diphtherieheilserums als Heilmittel und Mittheilung von Fällen. (The positive value of antidiphtheritis serum as a remedial agent with illustrative cases.)** *Virginia Medical Semi Monthly. 9. August 1901.*

Verf. ist der Ansicht, dass der Arzt, der bei einer tödtlich verlaufenden



Diphtherie die Injection von Heilserum unterlassen hat, sich einer strafbaren Vernachlässigung schuldig macht.

EMIL MAYER.

94) **Walter B. Griess. Der Werth des Antitoxins bei der Diphtherie. (The value of antitoxin in diphtheria.)** *American Medicine. 31. August 1901.*

Die Resultate sind abhängig von der frühzeitigen Verabreichung des Serums im Krankheitsverlauf und zweitens von der Art der damit behandelten Krankheitsfälle.

EMIL MAYER.

95) **Richmond M. Kinney. Beobachtungen über Intubation des Larynx bei Larynxdiphtherie. (Observations based on additional experience with intubation of the Larynx in laryngeal diphtheria.)** *Memphis Med. Monthly. Juli 1901.*

Die Jntubationen sind am erfolgreichsten bei Kranken, die über 2 Jahre alt sind. Das zeitweilige Herauswerfen der Tube, wie es sich bei Kindern zuweilen mehrmals hintereinander wiederholen kann, ist kein Grund, auf die Intubation zu verzichten.

EMIL MAYER.

96) **B. W. Gaillard. 6 Fälle von Intubation des Larynx. (Report of 6 cases of intubation of the larynx.)** *American Medicine. 17. August 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

97) **J. S. Hoyt. Ein Apparat für künstliche Athmung. (An apparatus for artificiel respiration and for other purposes.)** *Journ. of Physiol. XXVII 1 u. 2. p. 48.*

Der Respirationsapparat H.'s wird an die Transmissionswelle einer Kraftmaschine angeschlossen; er besteht aus einer doppeltwirkenden Pumpe, die bei 70 Touren in der Minute 95 Liter Luft liefert und einen Ueberdruck von 0,7 Atmosphären oder in 100 Secunden in einem Gefässe von 3,8 Litern einen negativen Druck von 700 mm Hg zu erzeugen vermag. Die Pumpe wird mit einem Windkessel verbunden und die in diesem enthaltene Druckluft durch eine Art Vierwegehahn der Trachealcanüle zugeleitet. Dieser Hahn ist dem „Luftcommutator" von J. R. Ewald nachgebildet, ohne jedoch dessen Regulirbarkeit zu erreichen.

J. KATZENSTEIN.

98) **S. Neander. Ueber die respiratorische Pause nach tiefen Inspirationen.** *Skandin. Arch. f. Phys. XII. 5 u. 6. p. 298.*

Verf. athmete Gasgemische von bestimmter Zusammensetzung und hat damit die Bedingungen der respiratorischen Pause, welche nach tiefen Inspirationen eintritt, erfüllt. Eine apnoische Pause tritt auch nach Athmung von reinem Wasserstoff auf; daraus ist zu schliessen, dass beim Zustandekommen dieser Pause die von Viescher-Rück beschriebene Apnoea spuria entweder durch Reflex von den Lungenvagusendigungen oder durch Ermüdung des Centrums betheiligt ist. Die Länge der Apnoe ist sehr abhängig von dem Sauerstoffgehalt der eingeath-

meten Gasgemische: Apnoea vera. — Practisch von Wichtigkeit ist, dass auch bei ungeübten Personen durch eine Reihe gleichmässiger tiefer Athemzüge Athempausen von über 3 Minuten erzielt werden können (z. B. beim Tauchen. Ref.).

J. KATZENSTEIN.

99) **G. J. Ross. Rückblick auf die Laryngologie. (Retrospect of Laryngology.)** *Canada Medieal Record. Februar 1902.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

100) **A. A. Coolidge jr. Neuere Fortschritte in der Laryngologie. (Recent progress in Larangology.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 26. April 1902.*

Ein Résume der neueren Literatur.

EMIL MAYER.

101) **Citelli. Studie über die Structur der Kehlkopfschleimhaut. (Studio sulla struttura della mucosa laringea nell'uomo.)** *Arch. Ital. di Laringologie. Januar 1901.*

Verf. hat es sich bei seinen histologischen Untersuchungen angelegen sein lassen, nichts als feststehend vorauszusetzen, hat vielmehr alles selbstständig und gründlich nachgeprüft, und ist so zu Resultaten gekommen, die in manchen Details von dem Angenommenen abweichen, die wir uns aber, da zum Referat nicht geeignet, versagen müssen, im Einzelnen wiederzugeben.

FINDER.

102) **Grabower. Ueber Nervenendigungen im menschlichen Muskel.** *Arch. f. mikr. Anat. LX. 1. S. 1.*

Verf. stellte seine Untersuchungen an Kehlkopfmuskeln des Menschen mittelst der Goldchloridmethe an. Präparate, welche 24 Stunden auf Eis gelegen haben, geben noch brauchbare Untersuchungsobjecte. Die am häufigsten vorkommende Form der Endapparate ist die „Endplatte": sie zeigt in ihrem Innern eine Anzahl dunkler Kerne, die Endknospen, an welchen die Verzweigungen des Axencylinders haften und zwischen denen eine feinkörnige granulöse Substanz — die „Plattensohle" — angehäuft ist. Eine besondere Form der Endplatte ist die des Hügels. Bei einem Endhügel verlaufen die Muskelfasern halbkreisförmig um die Endigung; wenn eine solche Endigung in Profilansicht am Rande einer Muskelfaser erscheint, so sieht man, wie das Sarcolemm sich in die durch den Hügel gesetzte Vertiefung der Muskelsubstanz zu beiden Seiten hineinschiebt. — An zweiter Stelle der Häufigkeit nach findet Verf. die „Enddolden" (Bremer). Zwischen Endplatte und Enddolde kommen Uebergänge vor. — Ausser den Endplatten und Enddolden finden sich netzförmige Nervenendigungen, bei denen der eintretende Nerv durch vielfache Anastomosen ein in sich geschlossenes Netz bildet, innerhalb dessen an feineren Fasern meist einfache Endapparate sitzen, welche sich als Schlingen, Schleifen oder Endknospen präsentiren. — Bei den Endapparaten einfachster Art bildet der Axencylinder einige kurze, winklige oder schleifenförmige Windungen. — Ferner kommen büschelförmige Endigungen und solche vor, bei denen der Axencylinder in ein kleines Häuflein knospiger Anschwellungen übergeht; zu den letzteren gehören die mit dem Namen „Gestänge" bezeichneten Bildungen. — Endlich schildert er 17 anderweitig nicht beschriebene, in geringer

Anzahl beobachtete Endapparate, welche ovale Körperchen darstellen, die einigermaassen an Meissner'sche Tastkörperchen erinnern. Nicht selten begegnet man Nervenendigungen, in welche ein markhaltiger und ein markloser Nerv eintreten. Die markhaltigen Nerven gehen oft vielfache Theilungen ein, und zwar so, dass jeder Theilast zu einer Nervenendigung führt; so sah Verf. 3—7 Theilungen des Nerven mit ebenso vielen in den benachbarten Muskelfasern gelegenen Endigungen. — Die Nervenverzweigungen sind verschieden bei den verschiedenen Kehlkopfmuskeln. Ein besonderer Verzweigungsreichthum mit entsprechenden zahlreichen Nervenendigungen findet sich im M. thyreoarytaenoideus int., während dieselben im M. cricoarytaenoideus post. spärlicher angetroffen werden. Auch wies Verf. das öftere Vorhandensein zweier Nervenendigungen auf derselben Muskelfaser nach. Schliesslich erwiesen die Präparate des Verf.'s den Uebergang der Henle'schen Scheide in das Sarkolemm, sowie den hypolemmalen Sitz der Endapparate.

J. KATZENSTEIN.

103) **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Beiträge zur Kenntniss der Kehlkopfmuskulatur.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. XII. S. 162. 1901.*

Verf. bespricht die Muskulatur des Kehlkopfes in drei Abschnitten: 1. den Musc. crico-thyreoideus, welcher einen Theil eines gemeinsamen Sphincter pharyngo-laryngeus repräsentirt; 2. den M. dilatator laryngis s. crico-arytaenoideus posterior und 3. den M. sphincter laryngis, dessen Pars posterior der M. arytaenoideus und dessen Pars anterior der M. cricothyreo-arytaenoideus bildet. — Die ausserordentlich eingehenden Angaben des Verf.'s über die anatomischen Verhältnisse dieser Muskeln beim Menschen und bei Thieren eignen sich nicht zur Wiedergebe im Referat.

F. KLEMPERER.

104) **M. Scheier. Ueber die Ossification des Kehlkopfes.** *Arch. f. mikr. Anat. LIX. 2. S. 220.*

Die Untersuchung wurde mittelst der X-Strahlen vorgenommen. Die verknöcherten Theile sind als Schatten sichtbar, die knorpeligen als schwache Schatten. Die Verknöcherung beginnt schon, wenn die übrigen Skelettheile ihr Wachsthum abschliessen, und zwar zuerst am unteren Horne des Schildknorpels, von wo sie nach oben fortschreitet, so dass die hinteren Theile des Schildknorpels später mehr oder weniger verknöchert erscheinen.

Bei den Geschlechtern besteht ein Unterschied in dem Vorschreiten der Verknöcherung.

Beim Manne geht die Verknöcherung vom unteren Horne des Schildknorpels den unteren Rand entlang nach vorn, indem am unteren Rand des Schildknorpelwinkels ein neuer Knochenherd entsteht. Dieser Verknöcherungspunkt vereinigt sich mit dem von hinten herankommenden Knochengewebe. Später geht vom Tub. thyreoid. inf. eine Verknöcherungszone nach oben und vorne und theilt so die knorpelige Platte in 2 Hälften, in eine vordere kleinere und in eine hintere etwas grössere. Durch weitere Ausbreitung der Verknöcherung entstehen zwei runde und ovale Knorpelinseln, die von spongiösem Knochengewebe umgeben sind. Schliesslich ossificirt der Schildknorpel vollkommen.

Beim Weibe rückt die Ossificationszone von hinten in der ganzen Höhe der Platte nach vorn, aber so, dass der vordere mediale Theil der Schildknorpelplatte nicht befallen wird; dieser bleibt fast ganz knorpelig.

Infolge der Verknöcherung wird der Kehlkopf des Mannes im sagittalen Durchmesser verlängert, beim Weibe bleibt er rundlich; beim Eunuchen ist die Verknöcherung entsprechend der beim Weibe. Die Bälkchenanordnung des verknöcherten Schildknorpels ist angepasst der Biegungsbeanspruchung.

J. KATZENSTEIN.

105) **Vivaldi Michelangelo. Der Pneumoniediplococcus im Larynx. (Il diplococco pneumonico nelle localizzazioni laringea.)** *Rivista Veneta di Scienze Mediche. 15. April 1902.*

Ein 2jähriges Kind wurde mit Stenosenerscheinungen und hohem Fieber in das Hospital eingeliefert; auf der rechten Tonsille befand sich ein leicht abwischbarer weissgrauer Belag. Am folgenden Tage ging das Kind unter pneumonischen Symptomen in einem Krampfanfall zu Grunde. Die bereits intram vitam vorgenommene bakteriologische Untersuchung jenes Belags von der Tonsille hatte das ausschliessliche Vorhandensein des Diplococcus lanceolatus ergeben. Bei der Autopsie fanden sich Larynx und Trachea austapezirt von leicht entfernbarem fibrinösem Belag; ferner einige pneumonische Herde. Von diesem Exsudat sowohl, wie von dem Inhalt der Lungenherde wurden Culturen angelegt, und es ergab sich auch hier das constante und ausschliessliche Vorkommen eines nach Form, Wachsthum und Färbungsvermögen mit dem Fränkel'schen Pneumococcus völlig identischen Diplococcus. Niemals fand sich der Löffler'sche Bacillus. Kaninchen und Mäuse, die mit dem Larynxexsudat geimpft wurden, gingen zu Grunde; im Blut und der Milzpulpa fanden sich gleichfalls die Diplokokken.

Verf. glaubt an eine directe Infection mit Pneumokokken infolge von Einathmung staubiger, virulente Kokken enthaltender Luft.

FINDER.

106) **A. Onodi** (Budapest). **Laryngitis submucosa infectiosa acuta.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. XII. H. 2. S. 183. 1901.*

Onodi berichtet über 3 Fälle von acut infectiöser Kehlkopfentzündung. In dem ersten schloss sich nach plötzlichem Abfall der bedrohlichen Entzündungserscheinungen an der Epiglottis ein Gesichtserysipel an. Im zweiten und dritten Falle, bei denen auch die Arygegend ergriffen war und Zerfallserscheinungen darbot, wurde als Erreger der Fränkel'sche Diplococcus, resp. der Staphylococcus festgestellt. Onodi hält an der gemeinsamen ätiologischen Grundlage des Kehlkopferysipels und der Kehlkopfphlegmone fest; das verschiedene klinische Bild nöthigt aber doch zur Trennung verschiedener Gruppen. Er schlägt vor, in allen Fällen von Laryngitis submucosa infectiosa acuta zu sprechen, diesem Namen aber nach der Besonderheit des Falles noch das Epitheton erysipelatosa (Beschränkung auf die Epiglottis; ödematöse Infiltration; besserer Verlauf), phlegmonosa (plastische oder eitrige Infiltration; Befallensein auch anderer Kehlkopftheile ausser der Epiglottis; stärkere Allgemeinerscheinungen; schwerere Prognose) oder necrotica (Gewebszerfall) hinzuzufügen.

F. KLEMPERER.

107) **Otto J. Freer. Ein Fall von phlegmonöser Laryngitis, die in Abscessbildung am Larynx auslief. (A case of phlegmonous laryngitis terminating in abscess in front of the larynx.)** *Journal American Medical Association. 24. Mai 1902.*

Die Krankengeschichte bezieht sich auf einen Fall von erysipelatöser oder phlegmonöser Entzündung, wie sie in der Larynx- oder Pharynxregion nichts seltenes ist.

EMIL MAYER.

108) **M. Monnier. Arthritis crico-arytaenoidealis durch Influenza. (Arthrite crico-aryténoïdienne double d'origine grippale.)** *Revue hebd. de Laryng. No. 25. 22. Juni 1901.*

Die laryngoskopische Untersuchung ergab, dass die Athemstörung eine Arthritis crico-arythaenoidalis zur Ursache hatte. Es handelte sich dabei um ein 9jähriges Kind, das an einer schweren Grippe litt, die mit Bronchopneumonie und Pericarditis complicirt war. Man umging die Tracheotomie durch Application von Vesicantien auf die Schmerzpunkte des Larynx und durch Verabreichung von salicylsaurem Natron innerlich.

MOURE.

109) **D. J. Gibb Wishart. Posttyphöse Ulceration und Abductorparese des Larynx; Tracheotomie; Heilung. (Posttyphoidal ulceration and abductor paresis of the larynx. Tracheotomy. Recovery.)** *Philadelphia Medical Journal. 7. September 1901.*

Titel giebt den Inhalt.

EMIL MAYER.

110) **F. E. Ross. Ein Fall von ödematöser Laryngitis. (A case of edematous laryngitis.)** *American Medicine. 24. Mai 1902.*

Es wurde ohne Verzug die Tracheotomie ausgeführt und die Wundränder mit einer Uteruszange auseinandergehalten, bis die Canüle eingelegt war.

EMIL MAYER.

111) **Frank C. Todd. Acutes Oedem des Larynx. (Acute edema of the larynx.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngoloy. Februar 1901.*

Enthält die Mittheilung eines Falles von Larynxödem, das sich wahrscheinlich im Anschluss an einfache acute Laryngitis entwickelte.

EMIL MAYER.

112) **H. E. Smith. Larynxödem. (Edema of the Larynx.)** *Laryngoscope. November 1901.*

Mittheilung eines derartigen Falles, welcher in Heilung ausging.

EMIL MAYER.

113) **Filè-Bonazzola. Ueber den peritracheo-laryngealen Abscess. (Sull'ascesso peritracheolaringeo.)** *IV. Italienischer Congress f. Pädiatrie. 15. bis 20. October 1901.*

Verf. berichtet über einen Fall, in dem es ihm gelungen ist, die Entstehung des peritrachealen Abscesses nachzuweisen: Die pyogenen Mikroorganismen waren

durch die Gaumentonsillen auf dem Wege der Lymphgefässe in die oberen Drüsen der seitwärts von der Trachea liegenden Drüsenkette gelangt und hatten hier zur Bildung des Abscesses geführt. FINDER.

114) **S. E. Allen. Ein Fall von Angina epiglottidea anterior. (A case of angina epiglottidea anterior.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. August 1901.*

Titel giebt den Inhalt an. EMIL MAYER.

115) **Notiz des Herausgebers. Tuberkulöse Laryngitis. (Tuberculous laryngitis.)** *N. Y. Medical Record. 26. April 1902.*

Rp. Menthol
Aether sulfur.
Olei pini sylvestr.
Tinct. Jodi aa 7,5
Tinct. benz. Co ad 60,0.

M.D.S. 10 Tropfen auf einen Mundnasenathmungsapparat. LEFFERTS.

116) **R. E. Mathers. Primäre Larynx- und Pharynxtuberkulose mit Bericht über einen Fall. (Primary tuberculosis of the larynx and pharynx with report of a case.)** *Maritime medical News (Halifax). Mai 1902.*

Patient starb. Autopsie fehlt. EMIL MAYER.

117) **Bergengrün. Ueber Prognose und Therapie der Kehlkopfschwindsucht.** *St. Petersb. med. Wochenschr. 1902. 10.*

B. berichtet über 10 Fälle von Heilungen der Kehlkopfschwindsucht aus der eigenen Praxis. Erzielt wurde der Erfolg durch diätetische Maassnahmen und die gangbaren Mittel. B. legt besonders Gewicht auf die Schonung der Stimme, das Schlafen bei offenen Fenstern, auch im Winter, und Ueberernährung. Die locale Behandlung steht in der zweiten Reihe. P. HELLAT.

118) **T. Price Campbell Brown. Behandlung der Larynxtuberkulose. (Treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Februar 1902.*

Résumé bekannter Thatsachen und Empfehlung warmer intratrachealer Injectionen mit 1—2proc. Mentholalbolene. EMIL MAYER.

119) **Robert Levy. Das Wesentlichste der Behandlung der Larynxtuberkulose. (Essentials in the treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1902.*

Verf. theilt bekannte Thatsachen mit. EMIL MAYER.

120) **W. Freudenthal. Indicationen zum operativen Eingriff bei tuberkulösen Wucherungen im Larynx. (Indications for operative interference in tuberculous growths in the larynx.)** *N. Y. Medical News. 26. April 1902.*

F. demonstrirt Präparate von tuberkulösen Massen, die er aus dem Larynx eines 26jährigen Patienten entfernt hatte, der seit zwei Jahren kränkelte und nun

[illegible] Besserungen zu der [illegible] wegen tuberkulöser [illegible] ungebessert. [illegible] nach der Operation zur Heilung. [illegible] Masse [illegible] Larynx [illegible]

[illegible]

[illegible] Operativer Eingriff [illegible] Operative [illegible] laryngeal [illegible] [illegible]

[illegible]

[illegible] Kuttner [illegible] Larynxtuberkulose und Gravidität. [illegible]

[illegible]

[illegible] vorgeschrittenen [illegible] die Besserung [illegible] frühzeitig Infiltrate [illegible]

[illegible]

[illegible] Beitrag zum Studium der hereditären Lues des Larynx. [illegible] de de l'hérédo-syphilis du larynx.) [illegible]

[illegible]

f. Schilddrüse.

124) **R. Cecca. Ueber accessorische Schilddrüsen. (Sopra i corpi tiroidei accessori.)** *Boll. d. Sc. med. Anno 72. Ser. 8. Vol. 1. Fasc. 5. S. 225—245.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

125) **James S. Chenoweth. Pathologie des Kropfes. (Pathology of goitre.)** *Louisville monthly journal of Medicine and Surgery. December 1901.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

126) **Poncet** (Lyon). **Ueber die vermeintlichen fibrösen Degenerationen der Schilddrüse. (A propos des prétendues dégénerescences fibreuses du corps thyroïde,)** *Société de Chirurgie. 24. Juli 1901.*

Verf. betrachtet die von Ricard als diffuse parathyreoideale Fibrome bezeichneten Tumoren einfach als Carcinome der Drüse. Klinisch verhalten sie sich wie Carcinome und histologisch findet man immer leicht inmitten der fibrösen Massen epitheliale Elemente, welche den Ausgangspunkt der Erkrankung darstellen.

Bezüglich der Operation ist P. sehr zurückhaltend, da dieselbe ausserordentlich schwierig sei und doch mindestens nur unvollkommen gelinge.

PAUL RAUGÉ.

127) **H. C. Low. Ein Fall von papillärem Adenocystom der Thyreoidea. (A case of papillary adenocystoma of the thyroid gland.)** *Boston Medical and Physical Journal. 28. November 1901. N. Y. Medical Record. 7. December 1901.*

Es handelt sich um eine 49jährige Frau, die einen grossen Tumor in der Medianlinie des Halses hatte, so dass der Halsumfang 18 Zoll betrug. Der Tumor ging bis hinter das Sternum, resp. die Sternocleidomastoidei nach abwärts, und verschwand oben hinter dem Unterkiefer, bewegte sich mit der Respiration und war mit der Haut nicht verwachsen. Basedow'sche Symptome waren nicht vorhanden. Der Tumor wurde unter Localanästhesie entfernt und erwies sich als einfaches papilläres Adenocystom; von solider Geschwulst oder malignem Charakter war nichts zu sehen. Derartige Tumoren wurden von Wölfler zuerst beschrieben und sind in der Schilddrüse selten. LEFFERTS.

128) **Maillaud** (Lyon). **Carcinom der Schilddrüse. Thyreoidectomie. (Carcinome thyroïdien. Thyreoidectomie.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 3. Juli 1901.*

Schnell entwickelter Tumor, der erst seit $1^1/_2$ Monat besteht, operirt wegen Athemstörungen. Heilung. PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

129) **W. Rushton. Verschlucken künstlicher Gebisse. (Swallowing artificial dentures.)** *Lancet. 18. Mai 1902.*

Verf. bespricht die Gefahren, die das Verschlucken künstlicher Gebisse mit sich bringt, das besonders während des Schlafes häufig vorkommt. Daher betont

Cavernen in den Lungen hatte. F. macht einige Bemerkungen zu der Indicationsstellung für chirurgische Eingriffe in solchen Fällen. Von 29 wegen tuberkulöser Infiltrationen curettirter Larynxfälle blieben 18 völlig ungebessert, 7 besserten sich allmälig und 4 kamen fast unmittelbar nach der Operation zur Heilung. Es existiren zwei Hauptindicationen zu diesem Eingriff: 1. Dyspnoe und 2. Schmerz und Schluckbeschwerden, die nicht anders erleichtert werden können. In vielen Fällen kann der Schmerz durch intralaryngeale Applicationen, vornehmlich Orthoform- und Mentholemulsionen wesentlich gelindert werden. In anderen Fällen war der Krankheitsherd dem Medicament nicht zugänglich und hier wurde Curettement nothwendig. Die Operation ist sehr einfach und beinahe ebenso leicht ausführbar als die Excision der Tonsillen. In dem gegenwärtigen Fall wurde zweimal operirt. Nach Entfernung der gewucherten Massen aus dem Larynx trat hohes Fieber auf und im Verlauf einer Woche stellte sich wieder eine Infiltration ein. Nach abermaliger Operation trat keine weitere Infiltration mehr auf. LEFFERTS.

121) **W. Freudenthal. Operativer Eingriff bei Larynxtuberkulose. (Operative intervention in laryngeal tuberculosis.)** *Journal of Tuberculosis. April 1902.*

Bei sorgfältiger Auswahl der Fälle von Larynxtuberkulose findet man dann und wann Fälle, bei welchen operative endolaryngeale Proceduren (Curettement) von gutem Erfolg begleitet sind. EMIL MAYER.

122) **A. Kuttner** (Berlin). **Larynxtuberkulose und Gravidität.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. XII. H. 3. S. 311. 1902.*

Die Zahl der Fälle, in denen Schwangerschaft und Larynxtuberkulose zusammentreffen, scheint nicht sehr gross zu sein; Kuttner konnte nur 15 genau beobachtete und registrirte Fälle zusammenstellen, von 10—12 weiteren fehlen genauere Berichte. Die 15 Mütter starben ausnahmslos kurze Zeit nach der Geburt; von den Kindern, die sämmtlich nicht ganz ausgetragen schienen, starben 8 unmittelbar oder bald nach der Geburt, von 4 Kindern fehlt jede Nachricht, 3 leben. Bei dieser Lage der Dinge hält K. es für gerechtfertigt und geboten, bei bestehender Larynxtuberkulose sich die Frage zu stellen, ob nicht die Indication zu vorzeitiger Unterbrechung der Schwangerschaft gegeben ist. Bei Frauen, bei denen nur eine leichte, vor allem nur eine circumscripte, nicht zu ausgedehnten Infiltraten neigende Erkrankung des Kehlkopfes vorliegt, und ebenso bei denjenigen, deren Kehlkopf erst kurze Zeit vor dem Endtermin der Schwangerschaft erkrankt ist, ist die Unterbrechung der Schwangerschaft nicht erforderlich. Auch die vorgeschrittenen Fälle schliesst K. aus, deren Zustand eine Aussicht auf vorhaltende Besserung nicht mehr zulässt. Aber in der unklaren Gruppe der Fälle, wo frühzeitig Infiltrate sich einstellen, hält K. frühzeitig, d. h. so lange noch Widerstandsfähigkeit und Allgemeinzustand der Kranken günstig sind, erst die Tracheotomie, und wenn diese den gewünschten Erfolg nicht hat, bald die Einleitung des Aborts für geboten. F. KLEMPERER.

123) **Vincent Aubin. Beitrag zum Studium der hereditären Lues des Larynx. (Contribution à l'étude de l'hérédo-syphilis du larynx.)** *Thèse de Paris. 1900.*

Nichts Neues. A. CARTAZ.

f. Schilddrüse.

124) **R. Cecca. Ueber accessorische Schilddrüsen. (Sopra i corpi tiroidei accessori.)** *Boll. d. Sc. med. Anno 72. Ser. 8. Vol. 1. Fasc. 5. S. 225—245.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

125) **James S. Chenoweth. Pathologie des Kropfes. (Pathology of goitre.)** *Louisville monthly journal of Medicine and Surgery. December 1901.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

126) **Poncet** (Lyon). **Ueber die vermeintlichen fibrösen Degenerationen der Schilddrüse. (A propos des prétendues dégénerescences fibreuses du corps thyroïde,)** *Société de Chirurgie. 24. Juli 1901.*

Verf. betrachtet die von Ricard als diffuse parathyreoideale Fibrome bezeichneten Tumoren einfach als Carcinome der Drüse. Klinisch verhalten sie sich wie Carcinome und histologisch findet man immer leicht inmitten der fibrösen Massen epitheliale Elemente, welche den Ausgangspunkt der Erkrankung darstellen.

Bezüglich der Operation ist P. sehr zurückhaltend, da dieselbe ausserordentlich schwierig sei und doch mindestens nur unvollkommen gelinge.

PAUL RAUGÉ.

127) **H. C. Low. Ein Fall von papillärem Adenocystom der Thyreoidea. (A case of papillary adenocystoma of the thyroid gland.)** *Boston Medical and Physical Journal. 28. November 1901. N. Y. Medical Record. 7. December 1901.*

Es handelt sich um eine 49jährige Frau, die einen grossen Tumor in der Medianlinie des Halses hatte, so dass der Halsumfang 18 Zoll betrug. Der Tumor ging bis hinter das Sternum, resp. die Sternocleidomastoidei nach abwärts, und verschwand oben hinter dem Unterkiefer, bewegte sich mit der Respiration und war mit der Haut nicht verwachsen. Basedow'sche Symptome waren nicht vorhanden. Der Tumor wurde unter Localanästhesie entfernt und erwies sich als einfaches papilläres Adenocystom; von solider Geschwulst oder malignem Charakter war nichts zu sehen. Derartige Tumoren wurden von Wölfler zuerst beschrieben und sind in der Schilddrüse selten. LEFFERTS.

128) **Maillaud** (Lyon). **Carcinom der Schilddrüse. Thyreoidectomie. (Carcinome thyroïdien. Thyreoidectomie.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 3. Juli 1901.*

Schnell entwickelter Tumor, der erst seit $1^1/_2$ Monat besteht, operirt wegen Athemstörungen. Heilung. PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

129) **W. Rushton. Verschlucken künstlicher Gebisse. (Swallowing artificial dentures.)** *Lancet. 18. Mai 1902.*

Verf. bespricht die Gefahren, die das Verschlucken künstlicher Gebisse mit sich bringt, das besonders während des Schlafes häufig vorkommt. Daher betont

Diphtherie die Injection von Heilserum unterlassen hat, sich einer strafbaren Vernachlässigung schuldig macht. EMIL MAYER.

94) **Walter B. Griess. Der Werth des Antitoxins bei der Diphtherie. (The value of antitoxin in diphtheria.)** *American Medicine. 31. August 1901.*

Die Resultate sind abhängig von der frühzeitigen Verabreichung des Serums im Krankheitsverlauf und zweitens von der Art der damit behandelten Krankheitsfälle. EMIL MAYER.

95) **Richmond M. Kinney. Beobachtungen über Intubation des Larynx bei Larynxdiphtherie. (Observations based on additional experience with intubation of the Larynx in laryngeal diphtheria.)** *Memphis Med. Monthly. Juli 1901.*

Die Jntubationen sind am erfolgreichsten bei Kranken, die über 2 Jahre alt sind. Das zeitweilige Herauswerfen der Tube, wie es sich bei Kindern zuweilen mehrmals hintereinander wiederholen kann, ist kein Grund, auf die Intubation zu verzichten. EMIL MAYER.

96) **B. W. Gaillard. 6 Fälle von Intubation des Larynx. (Report of 6 cases of intubation of the larynx.)** *American Medicine. 17. August 1901.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

97) **J. S. Hoyt. Ein Apparat für künstliche Athmung. (An apparatus for artificiel respiration and for other purposes.)** *Journ. of Physiol. XXVII 1 u. 2. p. 48.*

Der Respirationsapparat H.'s wird an die Transmissionswelle einer Kraftmaschine angeschlossen; er besteht aus einer doppeltwirkenden Pumpe, die bei 70 Touren in der Minute 95 Liter Luft liefert und einen Ueberdruck von 0,7 Atmosphären oder in 100 Secunden in einem Gefässe von 3,8 Litern einen negativen Druck von 700 mm Hg zu erzeugen vermag. Die Pumpe wird mit einem Windkessel verbunden und die in diesem enthaltene Druckluft durch eine Art Vierwegehahn der Trachealcanüle zugeleitet. Dieser Hahn ist dem „Luftcommutator" von J. R. Ewald nachgebildet, ohne jedoch dessen Regulirbarkeit zu erreichen.

J. KATZENSTEIN.

98) **S. Neander. Ueber die respiratorische Pause nach tiefen Inspirationen.** *Skandin. Arch. f. Phys. XII. 5 u. 6. p. 298.*

Verf. athmete Gasgemische von bestimmter Zusammensetzung und hat damit die Bedingungen der respiratorischen Pause, welche nach tiefen Inspirationen eintritt, erfüllt. Eine apnoische Pause tritt auch nach Athmung von reinem Wasserstoff auf; daraus ist zu schliessen, dass beim Zustandekommen dieser Pause die von Viescher-Rück beschriebene Apnoea spuria entweder durch Reflex von den Lungenvagusendigungen oder durch Ermüdung des Centrums betheiligt ist. Die Länge der Apnoe ist sehr abhängig von dem Sauerstoffgehalt der eingeath-

meten Gasgemische: Apnoea vera. — Practisch von Wichtigkeit ist, dass auch bei ungeübten Personen durch eine Reihe gleichmässiger tiefer Athemzüge Athempausen von über 3 Minuten erzielt werden können (z. B. beim Tauchen. Ref.).

J. KATZENSTEIN.

99) **G. J. Ross. Rückblick auf die Laryngologie. (Retrospect of Laryngology.)** *Canada Medical Record. Februar 1902.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

100) **A. A. Coolidge jr. Neuere Fortschritte in der Laryngologie. (Recent progress in Larangology.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 26. April 1902.*

Ein Résume der neueren Literatur.

EMIL MAYER.

101) **Citelli. Studie über die Structur der Kehlkopfschleimhaut. (Studio sulla struttura della mucosa laringea nell'uomo.)** *Arch. Ital. di Laringologie. Januar 1901.*

Verf. hat es sich bei seinen histologischen Untersuchungen angelegen sein lassen, nichts als feststehend vorauszusetzen, hat vielmehr alles selbstständig und gründlich nachgeprüft, und ist so zu Resultaten gekommen, die in manchen Details von dem Angenommenen abweichen, die wir uns aber, da zum Referat nicht geeignet, versagen müssen, im Einzelnen wiederzugeben.

FINDER.

102) **Grabower. Ueber Nervenendigungen im menschlichen Muskel.** *Arch. f. mikr. Anat. LX. 1. S. 1.*

Verf. stellte seine Untersuchungen an Kehlkopfmuskeln des Menschen mittelst der Goldchloridmethe an. Präparate, welche 24 Stunden auf Eis gelegen haben, geben noch brauchbare Untersuchungsobjecte. Die am häufigsten vorkommende Form der Endapparate ist die „Endplatte": sie zeigt in ihrem Innern eine Anzahl dunkler Kerne, die Endknospen, an welchen die Verzweigungen des Axencylinders haften und zwischen denen eine feinkörnige granulöse Substanz — die „Plattensohle" — angehäuft ist. Eine besondere Form der Endplatte ist die des Hügels. Bei einem Endhügel verlaufen die Muskelfasern halbkreisförmig um die Endigung; wenn eine solche Endigung in Profilansicht am Rande einer Muskelfaser erscheint, so sieht man, wie das Sarcolemm sich in die durch den Hügel gesetzte Vertiefung der Muskelsubstanz zu beiden Seiten hineinschiebt. — An zweiter Stelle der Häufigkeit nach findet Verf. die „Enddolden" (Bremer). Zwischen Endplatte und Enddolde kommen Uebergänge vor. — Ausser den Endplatten und Enddolden finden sich netzförmige Nervenendigungen, bei denen der eintretende Nerv durch vielfache Anastomosen ein in sich geschlossenes Netz bildet, innerhalb dessen an feineren Fasern meist einfache Endapparate sitzen, welche sich als Schlingen, Schleifen oder Endknospen präsentiren. — Bei den Endapparaten einfachster Art bildet der Axencylinder einige kurze, winklige oder schleifenförmige Windungen. — Ferner kommen büschelförmige Endigungen und solche vor, bei denen der Axencylinder in ein kleines Häuflein knospiger Anschwellungen übergeht; zu den letzteren gehören die mit dem Namen „Gestänge" bezeichneten Bildungen. — Endlich schildert er 17 anderweitig nicht beschriebene, in geringer

Verf. besonders die Nothwendigkeit, dass künstliche Gebisse des Nachts abgelegt werden.

A. BRONNER

130) **Pieniazek. Zur Frage der Fremdkörperextraction aus dem Oesophagus. (Uragi nad rydobyraniem ciat obcych z prantykn.)** *Przeglad Lekarski. No. 10. 1902.*

Anknüpfend an einen Fall bespricht Verf. seine Erfahrung über die questionirte Frage und behauptet, dass keine der gewöhnlich applicirten Methoden zur Extraction der Fremdkörper nicht gänzlich von gewissen Gefahren für den Kranken frei sei. Deswegen muss in jedem Falle die der Grösse, Consistenz und Natur des Fremdkörpers entsprechende Methode angewendet werden.

A. v. SOKOLOWSKI.

131) **W. Steward** (London). **Die Behandlung der malignen Strictur des Oesophagus. (The treatment of malignant stricture of the oesophagus.)** *The clinical Journal. London. 21. Mai 1902.*

Diese Publication wurde vor der Watford Medical Society (14. Februar 1902) vorgetragen; sie giebt eine vollständige und sorgfältige Uebersicht der jüngsten Behandlungsmethoden dieser Erkrankung einschliesslich des Sondengebrauchs, der kurzen Symond'schen und der langen Tuben, der Gastrostomie und Excision des Tumors. Nichts Neues.

JAMES DONELAN.

III. Gesellschaftsberichte.

British Medical Association.

Jahresversammlung zu Chittenham. 30., 31. Juli und 1. August 1901.

Section für Laryngologie und Otologie.

Vorsitzender: J. Mark Howell.

Die Behandlung von Verstopfungen der Nase durch andere intranasale Ursachen als Schleimhautpolypen.

J. Marsh (Birmingham) legt zuerst die Definition der nasalen Obstruction fest und versteht darunter das Unvermögen, gleichzeitig durch beide Nasenlöcher unbehindert und gleichmässig zu athmen. Der Grad der Obstruction schwankt zwischen leichter Insufficienz und completer Verstopfung. Nur die Obstruction infolge von Veränderungen der Muscheln oder des Septum werden hier betrachtet.

A. Obstruction durch Knochenbildungen. 1. Vergrösserungen des Knochengerüstes der unteren Muschel über die Norm. 2. Bullöse Anschwellungen der mittleren Muscheln, die die unteren und mittleren Meatus versperren.

B. Obstruction durch hypertrophische Weichtheile: 1. Hypertrophie der Schleimhaut oder submucösen Gewebe der unteren Muscheln. 2. Hypertrophie der mittleren Muschel. 3. Passive Hyperämie der mittleren Muschel, wie sie meistens bei ruhender Körperlage vorkommt.

C. Combination derartiger Anomalien.

A. Knöcherne Vergrösserung der unteren Muschel kann auf dreierlei Weise behandelt werden: Turbinectomie, vordere Turbinectomie, Zerquetschung des knöchernen Gerüstes.

Turbinectomie. Ist besonders dankbar in Fällen, die mit starker Hypertrophie der Schleimhaut, besonders des hinteren Abschnitts einhergehen, vorausgesetzt, dass das Septum die Anwendung des Turbinotoms erlaubt. Die Blutung kann leicht mit Gaze gestillt werden, die in Nebennierenextract getaucht ist.

Vordere Turbinectomie ist zweckmässig, wenn vorwiegend die vorderen Partien der Muschel vergrössert sind und wenn das Septum so stark deviirt, dass es die Einführung des Turbinotoms erschwert, sowie wenn die Narkose unwirksam ist. Die Operation wird am besten mit der krummen Scheere ausgeführt.

Zerquetschung des knöchernen Gerüstes ist besonders dann zu empfehlen, wenn nur geringe oder überhaupt keine Hypertrophie der Schleimhaut besteht. Die Operation wird am besten mit der Walsham'schen Zange oder einer breitblättrigen Polypenzange ausgeführt.

Knöcherne Schwellungen der mittleren Muschel müssen mit der kalten Drahtschlinge, der Scheere oder der Grünwald'schen Zange entfernt werden.

B. Hypertrophie der Weichtheile. Im Allgemeinen genügt hier die galvanokaustische Behandlung. Wenn die Hypertrophie an einem Ende ausgesprochen, ist die kalte oder galvanokaustische Schlinge anzuwenden. Hypertrophie der Schleimhaut der mittleren Muschel ist gewöhnlich vergesellschaftet mit knöcherner Hypertrophie.

Passive Hyperämie der unteren Muschelschleimhaut wird am besten mit dem Galvanokauter behandelt. Diese Fälle überwiegen bei nervösen und überarbeiteten Leuten, denen dann gleichzeitig eine Allgemeinbehandlung und Ruhe anzuempfehlen ist.

In Fällen, wo die Hypertrophie knöcherner Theile mit der Hypertrophie von Weichtheilen combinirt ist, muss auch die Behandlungsweise eine combinirte sein.

Obstructionen auf Grund von Anomalien des Septums. Dasselbe kann Anomalien aufweisen bezüglich 1. des knöchernen oder des knorpeligen Gerüstes oder 2. Hypertrophie der Schleimhaut resp. des submucösen Gewebes.

Deviation des Septums. In Fällen von buckliger Deviation, besonders wenn eine Verdickung des Knochens besteht, muss resecirt werden. Bei nicht zu starken Deviationen kann man sich der Zange oder des Walsham'schen Forceps bedienen; in hochgradigen Fällen kommt die Asch'sche Operation oder eine Modification derselben in Betracht, wobei dann das Septum mit Stützen in seiner Stellung erhalten wird, wozu z. B. Drainröhren sehr gut zu verwenden sind. Die Stützen können am Ende einer Woche herausgenommen werden.

Exostosen oder Ecchondrosen des Septums werden am besten in leichten Fällen mit dem Thermokauter oder einem Bistouri mit abgestumpften Enden behandelt. Hochgradige Fälle müssen mit dem Osteotom (Spokeshave) oder der Säge resecirt werden.

Combinationen von Exostose und Ecchondrose mit Deviation sind recht

häufig und müssen auf combinirtem Wege behandelt werden. Der Patient muss dabei eine Woche lang in ärztlicher Behandlung bleiben.

In Fällen von Adhäsion zwischen Septum und Muscheln müssen die Adhäsionen getrennt werden und die Wundflächen durch Guttaperchaeinlage auseinandergehalten werden.

Brown Kelly ist der Ansicht, dass bei Kindern die Behandlung des Nasenrachenraums der intranasalen Behandlung voraufgehen soll. Bei Erwachsenen haben die adenoiden Wucherungen keine weiteren Folgen für die Muscheln: In Fällen von Schwellung und Hypertrophie der unteren Muscheln ist eine Combination der Behandlung mit Galvanokauter und Chromsäure am Platze. Bei Katarrhen ist Chromsäurebehandlung der Nase nützlich, bei hypertrophischen Zuständen der Galvanokauter, dessen zweimalige Anwendung in den meisten Fällen genügt. Die Thermokauterschlinge dient zur Behandlung aller hypertrophischen Massen des vorderen Muschelabschnitts und solcher, die mit der Sonde leicht nach vorn zu bringen sind; in denjenigen des hinteren Abschnittes ist die kalte Schlinge zweckmässiger.

Hinsichtlich der Hypertrophien der hinteren Muschelabschnitte kommen folgende Hauptgesichtspunkte in Betracht:

1. Behandlungsmethoden, die sich auf die vorderen zwei Drittel der Muscheln erstrecken, sind ohne jede Einwirkung auf das hintere Drittel.

2. Entfernung des hinteren Endes kann ein Abschwellen des Muschelrestes nach sich ziehen.

3. Nach Entfernung des ganzen scheinbaren hinteren Abschnittes stellt sich oft bei der Heilung eine beträchtliche Vergrösserung des übrigen Muschelrestes heraus.

4. Nach Entfernung des hinteren Muschelabschnittes auf der einen Seite kommt es häufig zur Vergrösserung der vorher scheinbar normalen Muschel der anderen Seite.

Hypertrophische Massen können auch entfernt werden mit dem Spokeshave oder der Scheere, aber diese Methoden stehen derjenigen mit der Schlinge bedeutend nach. Complete Turbinotomie ist nur in solchen Fällen auszuführen, wo starke Deviationen des Septums bei sehr enger Nase vorliegen.

C. A. Parker berichtet, dass er einige Versuche über Luftströmungen in der Nase ausgeführt hat mittelst Lycopodium und Tabakrauch mit folgenden Resultaten: Der Luftstrom geht bei normaler Nase nach oben und hinten durch den mittleren und oberen Meatus, passirt dann an der hinteren Rachenwand vorbei direct nach abwärts zu den Aryknorpeln. Bei der Exspiration geht der Luftstrom hauptsächlich durch den unteren Nasengang. In Fällen von Obstruction der Nase soll man sorgfältig achten auf das Vorhandensein von erschwerter Inspiration, erschwerter Exspiration, Entzündungsvorgänge in der Nase. Als hauptsächlichste Störungen, die zu Obstruction der Nase führen, sind anzuführen:

A. Störungen des unteren Meatus: Anomalien des vorderen Abschnittes des knorpeligen Septums, sowie Dislocationen und Hypertrophien führen hier häufig zu Nasenverstopfung und verlangen operative Abhülfe. Septumstacheln müssen entfernt werden, wenn sie so gross sind, dass sie Obstruction machen.



Bei Vergrösserung der unteren Muscheln ist complete Turbinectomie zur Erleichterung der Athembeschwerden niemals erforderlich.

B. Störungen im mittleren Nasengang: Deviationen des Septums, Septumstacheln zusammen mit Deviationen, Vergrösserungen der mittleren Muschel sind die gewöhnlichen Ursachen. In letzterem Fall ist die Entfernung des vorderen Endes der mittleren Muschel indicirt.

C. Störungen im hinteren Nasenraum. Schon kleine adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum können zu beträchtlichen Obstructionen führen und sind daher zu entfernen.

Erschwerte Exspiration ist häufig verursacht durch Verstopfung des mittleren und unteren Nasenganges in Folge von Vergrösserung der hinteren Abschnitte der unteren Muschel.

Der leichte Abfluss des Nasensecretes ist von Bedeutung, da sich sonst durch Ansammlung des Secretes Reizungs- und Entzündungszustände entwickeln können.

Mayo Collier (London) berichtet von Fällen mit latenter Obstruction, die Behandlung mit dem Galvanokauter erfordern.

Watson Williams (Bristol) dringt auf individuelle Behandlung. Zahlreiche Fälle von Obstruction der Nase, die auf Hypertrophie und Schwellungen der Muscheln beruhen, sind auf allgemeinere Ursachen zurückzuführen, wie Gicht, Rheumatismus, und sollen dementsprechend behandelt werden. Complete Turbinectomie ist selten nöthig.

St. Clair Thomson ist der Meinung, dass intermittirende Schwellungen der Muscheln häufig vergesellschaftet sind mit asthmatischen und emphysematösen Zuständen. In vielen Fällen ist da der Gebrauch von Jodkalium und Emser Kuren am Platz. Beseitigung des hinteren Endes der unteren Muschel bringt zuweilen Erleichterung, aber complete Turbinectomie wird selten nöthig. Eine schwere Complication intranasaler Operationen kann die Influenza werden.

Pegler (London) ist bezüglich der „latenten Obstruction“ mit M. Collier einerlei Meinung. In schweren Fällen von Obstruction kann complete Turbinectomie nothwendig werden. Er demonstrirt Scheeren, Zangen und ein Turbinotom für Septumoperationen.

Milligan (Manchester) gebraucht seit Jahren Septumstützen von Kautschuk. Complete Turbinectomie ist nach seiner Meinung selten nothwendig. Man kann meist mit kleineren chirurgischen Maassnahmen auskommen: theilweise Entfernung der unteren Muschel oder submucöse Injectionen von Chromsäure. Individualisirung ist stets nothwendig.

Permewan (Liverpool) ist gleichfalls kein grosser Liebhaber heroischer Maassnahmen.

Scanes Spicer schlägt für Obstructionen leichteren Grades den Ausdruck „nasal inadequacy“ vor. Complete Turbinectomie ist nothwendig in Fällen von Obstruction durch fehlerhafte Entwickelung der Muscheln.

Donelan (London) empfiehlt die Anwendung von Nebennierenextract in Fällen von latenter Obstruction der Nase.

Woods (Dublin) erwähnt unter anderem, dass die Septumstacheln viel häufiger bei den weissen als bei den australischen Rassen sind.

Herbert Tilley (London) betrachtet die submucösen Injectionen als viel wirksamer wie die galvanokaustische Behandlung bei Hypertrophie der Muscheln. Vollständige Turbinectomie ist selten nöthig, dagegen ist die Abtragung des hinteren Muschelendes leicht und wirksam. Sie soll nach seiner Ansicht mit der kalten Schlinge ausgeführt werden.

Clippendale giebt Vergleiche zwischen nasaler Insufficienz und Obstruction der Nase.

C. Simons (S.-Wales) beobachtete einige Fälle von periodischer Obstruction der Nase während der Menstruationszeit oder der Menopause, die auf Bromkali zurückgingen.

Der Vorsitzende spricht sich gegen die totale Entfernung der unteren Muschel aus und tritt für Abtragung des hinteren Abschnittes ein. Er benutzt dazu stets die kalte Schlinge.

31. Juli 1901.

Localbehandlung der Larynxtuberkulose.

Middleman Hunt (Liverpool): Diese Frage erregt besonders im Hinblick auf den kürzlich abgehaltenen Britischen Tuberkulose-Congress berechtigtes Interesse. Vortr. spricht seine Befriedigung über die Wahl des Themas aus, besonders deshalb, weil unter den Amerikanern eine gewisse Neigung besteht, auf den Stand der Therapie, der vor 1880 existirte, zurückzukommen. Das wäre aber sehr unrecht. Man soll zwar nicht sanguinisch sein, und die Zahl der Dauerheilungen ist noch recht klein, aber es sind doch schon Tausende von Menschenleben verlängert worden durch die Heilbestrebungen jüngerer Zeit. Man soll in jedem Einzelfall bestimmen, ob er zur Heilung oder zur Palliativbehandlung geeignet ist. Die Prognose ist allemal schwierig. Es giebt Fälle, die hoffnungslos erscheinen und doch noch ausheilen, oder der Krankheitsprocess kann oft lange stabil bleiben. Die zur Heilung führende Behandlung ist rein chirurgischer Natur, die Palliativbehandlung setzt sich aus allen antiseptischen und anästhetischen Methoden zusammen und ist selten chirurgisch.

Zur chirurgischen Behandlung eignen sich die Fälle besonders, bei denen der allgemeine Gesundheitszustand ein guter und die Lungenerkrankung leichter Art ist. Vortr. hat keine ausgedehnten Operationen ausgeführt, sondern nur bei denjenigen Fällen eingegriffen, wo eine begründete Aussicht war, den ganzen Krankheitsherd zu entfernen. Bei oberflächlichen Ulcerationen führt die Milchsäure oft schon ganz allein zur Heilung. Schwächere als 50proc. Lösungen haben wenig Werth. Zu häufige Applicationen sind nicht rathsam.

Secundäre Infectionen können durch Antiseptica verhindert werden. Tracheotomie als Heilverfahren ist durch die Thyreotomie ersetzt worden in Fällen, wo der Krankheitsherd endolaryngeal nicht hat ausgerottet werden können.

Barclay Baron (Bristol): Die Heilung der laryngealen Affection kann in günstigen Fällen Platz greifen, aber sie ist selten. Die Localbehandlung muss

mit der Allgemeinbehandlung Hand in Hand gehen. Complete Heilungen sind durch Freiluftbehandlung erzielt worden, wenn die Localbehandlung allein nicht erfolgreich war. Localbehandlung ist nöthig:

1. um die Bacillen auf chirurgischem oder medicalem Wege zu zerstören,
2. um die erkrankten Gewebe zu erhalten,
3. um in vorgeschrittenen Fällen die Symptome zu bessern.

In den Frühstadien, wo die Diagnose sehr schwierig ist, soll keine andere Behandlung als die bei gewöhnlicher Laryngitis eingeführt werden. In dem Stadium der Infiltration muss der Larynx vom Trinken und Rauchen geschont werden. Antiseptica können unter Umständen, zweckmässig sein, sowie Sedativa gegen den Husten. Submucöse Injectionen sind nicht ungefährlich und die Anwendung von Milchsäure auf die unversehrte Haut nicht rathsam. Bei Ulcerationen soll curettirt und 50proc. Milchsäure gepinselt werden, wobei man bald zur concentrirten Milchsäure übergehen soll. Vortr. hat hierbei niemals Oedeme auftreten sehen. Fälle mit vorgeschrittener Lungentuberkulose, deutlicher Asphyxie und Fälle mit acuter Entzündung des Larynx sind zur chirurgischen Behandlung ungeeignet.

Richard Lake (London) sprach mit besonderer Rücksicht auf Indicationen und Contraindicationen, wobei er Gelegenheit nimmt zur Rechtfertigung gegenüber Heryng, der ihm zu grosse Operationslust vorwirft.

Er betont, dass er der Ansicht sei, dass nicht mehr als 15 pCt. der Fälle von tuberkulöser Laryngitis der Operation mit dem Messer bedürfen.

Die ersten Gesichtspunkte zur Entscheidung der Behandlungsrichtung sind der Zustand der Lungen, der Grad von Progredienz der Krankheitserscheinungen, die Neigung zu Höhlenbildung und Chronicität. Hinsichtlich der Larynxerkrankung selbst giebt Miliartuberkulose des Larynx die einzige Contraindication gegen operative Maassnahmen, jedoch ist auch schon die Betheiligung der umgebenden Partien, wie des Rachens, des Gaumens, der Zungenbasis, an dem Krankheitsprocess immer sehr unerwünscht. Lake betont, dass die Beobachtung der Temperaturcurve sehr wesentlich dabei ist, und dass sie wenigstens 4—5 Tage vor dem operativen Eingriff regelmässig und nicht über 38,0° sein soll, dass indess dieser Gesichtspunkt nicht maassgebend ist, wenn die Operation zur Erleichterung von Athemnoth oder Schmerzen vorgenommen werden muss. Vortr. demonstrirt eine Tabelle, die die Nachwirkung der Larynxoperationen auf die Temperatur in 35 Fällen erweist. Nur 4mal zeigt sich eine postoperative Steigerung, die nach seiner Ansicht vor erneuten Eingriffen warnen soll.

L. erörtert kurz die Gefahren operativer Behandlung, als submucöse Injectionen, Incision, Scarification, Operationen mit Galvanopunctur, Galvanokauterschlinge und schneidende Instrumente.

Die Tracheotomie soll als curative Maassnahme niemals ausgeführt werden, ausser bei Erscheinungen von tertiärer Syphilis, die mit Tuberkulose combinirt sind und Stenosen machen. Die Eröffnung des Larynx selbst scheint zwar auf den ersten Anblick die ideale Behandlung für primäre Larynxinfection, aber das Risiko, dass man es in vielen Fällen vielleicht mit primärer Tuberkulose zu thun

hat, macht diesen Eingriff bedenklich. Immerhin kann er in seltenen Fällen zuweilen Erfolg haben.

Nach allen Operationen muss auf die Nachbehandlung Gewicht gelegt werden. Der Kranke muss vor allem in regelmässiger Behandlung verbleiben. Das Operationsfeld muss mit antiseptischen Mitteln behandelt werden. Der Kranke soll wenigstens eine halbe Stunde nach der Operation nicht sprechen.

Vortr. ist der Meinung, dass man, je weiter man in der Erkenntniss der Erkrankung fortschreitet, um so seltener operiren wird, dafür aber um so ausgiebiger, wenn es wirklich nöthig ist.

Mc Call hat mit der Anwendung des Resorcins und Orthoforms als Insufflation gute Resultate erzielt.

Jobson Horne (London) betont, dass die Larynxbehandlung ihre Grenzen hat. Da, wo der Larynx ausgedehnt erkrankt ist, befindet sich die Lungentuberculose meist auch schon in vorgeschrittenem Stadium und man muss deshalb Localbehandlung mit der Allgemeinbehandlung combiniren. Es ist nicht rathsam einzugreifen, solange die Continuität der Schleimhaut nicht gestört ist. Tuberkulin erwies sich als nützlich bei Gewebszerstörungen und machte dann die Ulcerationen der Behandlung zugänglicher.

Watson Williams. Allgemeinbehandlung darf nicht ausser Acht gelassen werden. Erfolgreiche Behandlung ist nur bei localisirten Krankheitserscheinungen erfolgreich. Vortr. hat erfolgreiche Behandlung mit submucösen Injectionen von 20—40proc. Guajakollösungen erzielt.

St. Clair Thomson (London) hebt besonders hervor, dass manche Fälle schon wesentlich gebessert worden sind durch Verbringung in hygienische Umgebung, ohne dass irgend welche Localbehandlung eingeleitet wird.

R. H. Woods (Dublin) demonstrirt Instrumente zur Application von Milchsäure.

de Havilland Hall (London) hat gute Resultate von der Milchsäurebehandlung gesehen, jedoch soll dieselbe nie bei intacter Schleimhaut vorgenommen werden.

Donelan empfiehlt antiseptische Sprays in allen Fällen.

Milligan spricht gegen zu ausgedehnte operative Maassnahmen, da stets die Gefahr der Reinfection droht.

Bronner fand, dass Formalin bei leichten Ulcerationen ein gutes Mittel sei.

C. A. Parker verwendet reine Milchsäure und wenn dieselbe versagt, macht er einen Versuch mit Chromsäure. Er berichtet von 3 Fällen, die sich auf diese Weise während 3 Jahren gut hielten.

Griffith Wilkin empfiehlt Mentholpulver.

Der Vorsitzende hebt hervor, dass man keine guten Resultate erwarten kann, wenn eine active Lungenerkrankung nachweisbar ist.

Ueber die Behandlung von Larynxgeschwülsten bei Kindern sprach Hunter Mackenzie. Er betont, dass die Thyreotomie sehr wenig befriedigend und gefährlich sei. Die Geschwulstmassen recidiviren immer wieder von neuem. Endolaryngeale Methoden sind nicht empfehlenswerth, da in den

meisten Fällen häufig wiederholt Eingriffe nöthig sind. Vortragender ist der Meinung, dass Tracheotomie bessere Resultate giebt als irgend welche andere Behandlungsmethode, und es kommt dann vor allem sehr selten zu Recidiven. Wo complete und dauernde Aphonie besteht, soll die Trachea eröffnet werden.

Gelegentlich sind derartige Tumoren auf congenitale Lues zurückzuführen.

Tilley ist der Ansicht, dass man endolaryngeale Versuche vornehmen müsse, bevor man zur Tracheotomie schreitet. Der Erfolg dabei beruht zum grossen Theil auf der Anaesthesirung.

Der Vorsitzende glaubt, dass die meisten Fälle durch Zeit und Geduld heilbar sind. Tracheotomie bringt keine Heilung. Alauninsufflationen hält er für nützlich.

Bronner trägt über die Behandlüng von Papillomen mit Formalin vor.

Lamb (Birmingham) bespricht zwei Fälle, in denen eine chronische hypertrophische Laryngitis den Papillomen voraufging. Einer der Fälle wurde durch endolaryngeale Operation geheilt.

Lambert Lack (London) discutirt die Entfernung von Tonsillen bei Erwachsenen. Bei Erwachsenen besteht immer die Gefahr der Blutungen und des Verlustes der Stimme. Die Tonsille soll bei Erwachsenen niemals durch Tonsillotomie entfernt werden. Die galvanokaustische oder die kalte Schlinge sind zweckmässiger, resp. die Enucleation.

Point-de feu-Applicationen verkleinern solche Tonsillen.

Mc. Keown kritisirt die Theorie von der Taubheit durch adenoide Wucherungen.

Herbert Tilley beschreibt 3 Fälle, 1. Exostosen der Ohrgegend mit Warzenfortsatzeiterungen, 2. chronisches Stirnhöhlenempyem, 3. bilaterale Empyeme aller Nasennebenhöhlen und des Mastoidantrums.

Pegler besprach die Zerstückelung der Tonsille. Discussion: Brown Kelly, Woods, A. Tilley.

Mackie las über Behandlung der Naseneiterung. Er berief sich auf seine Erfahrungen an 70 Fällen seiner Privatpraxis, die er in dem letzten Jahr gesehen hatte. Er fand unter ihnen

44 Ethmoiderkrankungen:
11 Kieferhöhlenerkrankungen,
8 Stirnbeinhöhlenerkrankungen,
8 Keilbeinhöhlenerkrankungen,
14 Localerkrankungen der mittleren Muschel,
6 Localerkrankungen der unteren Muschel.
In 31 Fällen fand er Polypen, in 9 Ozaena.

Ethmoiderkrankungen betrachtet er als häufigere Ursache der Naseneiterungen, und auch Keilbeineiterungen betrachtet er als weit häufiger wie man annehme; er ist der Meinung, dass man in allen Fällen von dauernder Ozaena daran denken muss.

In den 14 Fällen von Erkrankung der mittleren Muschel bestanden Kopfschmerzen, constitutionelle Störungen und nicht geringere Beschwerden als in den Fällen mit Betheiligung der Nebenhöhlen. Vortr. bespricht ausführlich die von ihm bevorzugten Behandlungsweisen. Discussion: Milligan, Tilley, Wood, Spicer, Permewan und Tilley.

Der Verfasser dieses Berichts ist dem Herausgeber des British Medical Journal sowie des Journal of Laryngology zu Dank verpflichtet für die Erlaubniss, diese Zeitschriften bei der Abfassung dieses Berichtes zu benützen.

Braine Hartnell.

---

b) British Medical Association.

Manchester 1902.

Otologische Section*)

Vorsitzender: William Milligan (Manchester).

Discussion über die Ziele und Grenzen der intranasalen chirurgischen Eingriffe bei der Behandlung der chronischen nicht eitrigen Mittelohrerkrankung.

I. Mc Bride (Edinburgh) fasst seine Anschauungen dahin zusammen:

1. Adenoide Wucherungen müssen in allen Fällen von Mittelohrcatarrh behandelt werden. Das gleiche gilt von dem Nasenrachencatarrh.

2. Bei Affectionen des vorderen Abschnittes der Nase und des Pharynx soll nur dann chirurgisch vorgegangen werden, wenn es unabhängig von der Ohrenaffection aus rhinologischen und laryngologischen Gründen geboten ist. Ausgesprochene Verstopfung der Nasenlöcher kann einen Catarrh des Nasenrachenraumes oder der Eustachischen Röhre verursachen. In solchem Fall ist ein Eingriff wünschenswerth.

Kleine adenoide Wucherungen können, wenn sie einen Druck auf die Eustachische Röhre ausüben, Taubheit ohne sonstige Symptome verursachen. Nach der Ansicht des Vortr. beruht dies auf einer Circulationsstörung im Mittelohr, da grosse adenoide Geschwulstmassen, selbst wenn sie central gelegen sind, oft gar keine Ohrsymptome machen, und da ausserdem das Gehörvermögen sich nach Entfernung der adenoiden Wucherungen wieder einstellt, obgleich die Trommelfelle eingezogen bleiben.

Sklerose kommt bei Kindern und Erwachsenen vor: Wenn in solchen Fällen adenoide Wucherungen vorhanden sind, ist die Operation derselben Ansichtssache. Das Resultat derselben ist gewöhnlich mangelhaft.

---

*) Es bedarf keiner besonderen Entschuldigung, dass wir, von unserer sonstigen Gepflogenheit abgehend, eine in einer otologischen Section stattgehabte Discussion referiren, da der Gegenstand derselben von der höchsten Bedeutung für jeden Laryngologen und Rhinologen ist und thatsächlich wiederholt das Thema von Leitartikeln des Centralblatts gebildet hat. Der Herausgeber.



Mc Bride kommt dann auf Sir Felix Semon's Vorlesungen: „Die Principien der Lokalbehandlung bei Erkrankungen der oberen Luftwege" (British Medical Journal, 2. Nov. 1901) zu sprechen. Er pflichtet Semon vollständig bei, dass Taubheit äusserst selten auf blosse Verstopfung der Nase zurückzuführen ist, wie sie z. B. so oft bei Nasenpolypen besteht. Darin stimmen auch alle Otologen durchaus mit Sir Felix Semon überein. Vortr. hat solche Otologen, welche für Nasenoperationen zur Heilung von Mittelohrcatarrhen eintreten, ersucht, ihre auf diese Weise gebesserten Fälle mitzutheilen. Dieser Aufforderung ist nicht entsprochen worden. Warum? weil solche Fälle nicht vorkommen. Vortr. hat schon zahlreiche Opfer unheilbarer Taubheit gesehen, wo von anderer Seite Nasenoperationen ausgeführt worden sind um die Taubheit zur Heilung zu bringen. Es ist durchaus ungerechtfertigt bei chronischem Mittelohrcatarrh und Sklerose kleine Nasenseptumstacheln und leichte Muschelhypertrophien zu operiren! Wie soll dabei Besserung vernünftigerweise erwartet werden? In derartigen Fällen, besonders bei Sklerose, tritt sogar ganz im Gegentheit infolge der Blutung eine beträchtliche Verschlimmerung ein. Nur in Fällen von ausgesprochener Nasenverstopfung, durch welche die Respiration verhindert wird, ist die Operation gerechtfertigt, aber nur um das Nasenleiden und nicht um die Taubheit zu bessern. Daran ist festzuhalten solange kein zwingender Beweis für die Richtigkeit der gegentheiligen Meinung vorliegt.

II. Urban Pritchard theilt diese Fälle in 3 Gruppen ein:

1. Chronischer Mittelohrcatarrh, bei welchem freie Nasenathmung und Beseitigung jeglicher die Nasenathmung störender Ursachen von Wichtigkeit ist. Nasenpolypen, die oft vergrösserten hinteren Muschelenden und Septumstacheln müssen entfernt werden, sowie sie Störungen machen.

2. Sklerose. Operationen dagegen sollen als wirkungslos nicht ausgeführt werden. Polypen und andere Verstopfungen der Nase sollen nur aus rhinologischen Gründen entfernt werden.

3. Intratympanische Adhäsionen. Gewöhnliche Operationen sind hierbei zwecklos und intratympanische sind die einzig möglichen.

4. Mischfälle von Sklerose und Catarrh. Die Frage der Operationen an der Nase liegt hier so wie für den einfachen Catarrh.

Rohrer (Zürich). Alle Fälle von chronischer Mittelohrerkrankung verlangen sorgfältige Untersuchung der Nase. Chirurgische Proceduren sind dann am Platze wenn die Ventilation der Nasen- und Rachenhöhle gestört ist. Vortr. stimmt mit Mc Bride und Urban Pritchard völlig überein.

Dundas Grant (London) hat zwar einige Fälle von chronischer Taubheit durch Nasenoperationen sich bessern gesehen, hält es aber dennoch für eine gute praktische Regel, dass Operationen in der Nase gegen chronische nicht-eitrige Mittelohrerkrankungen nicht ausgeführt werden sollen. Die wenigen Fälle, die durch Nasenoperationen gebessert wurden, erklären sich vielleicht auf nervösem Weg; vielleicht auch dadurch, dass die Blutung bei derartigen Eingriffen die Labyrinthcongestion günstig beeinflusst.

Lambert Lack (London). In der Praxis giebt es zwei Gruppen von

chronischen Mittelohrerkrankungen, solche bei denen man nicht operiren soll, und solche, bei denen der operative Eingriff wünschenswerth ist.

Verstopfungen der Nase verursachen an sich niemals Taubheit noch Erkrankungen des. Ohres. So kommt z. B. durch Stenose der vorderen Nasenlöcher durch Syphilis, Lupus, und congenitale Atresie sowie durch Nasenpolypen bei Kindern keine Taubheit zu Stande. Auch bei der Gazetamponade der Nase bei Ozaena tritt sie niemals auf. Taubheit bei adenoiden Vegetationen beruht auf Catarrh der Eustachischen Röhre, nicht etwa auf der Verstopfung der Nase oder dem „negativen Druck".

Scanes Spicer. Operationen sollen weder in vorgeschrittenen Fällen von Catarrh noch bei Sklerose noch bei Labyrintherkrankung zur Besserung des Hörvermögens ausgeführt werden.

Vortr. befürwortet dagegen warm die Beseitigung von nasalen Stenose in den Frühstadien der catarrhalischen Otitis. In Mischfällen von Catarrh und Stenosen soll nur operirt werden, wenn es nöthig erscheint. Oft trifft man Verstopfung der Nase, ohne dass dabei eine beträchtliche Störung der Nase besteht. Stenosen entstehen oft durch allerhand geringfügige Factoren, deren Wirkungen sich summiren. Als Rhinologe betrachtet Vortr. die Theorie von Nasenstenose und „negativem Druck" als Ursache von Mittelohrcatarrhen als den Thatsachen Rechnung tragend. Herabsetzung des Druckes in der Nase verursacht chronische Hyperämie und Oedem der Gewebe hinter der Verstopfungsstelle, sowie Schwellung der Eustachischen Röhre und „Exhaustion-otitis" die später in hyperplastische Zustände übergeht. Vortr. demonstrirt sphygmographische Curven, welche den Einfluss der Stenose auf intranasalen „negativen Druck", der mit zunehmender Stenose wächst, demonstriren.

Jede auch noch so unbedeutende Anomalie in der Nase soll behandelt werden, bevor die Stenose und damit der „negative Druck" einsetzt mit ihren Folgezuständen in Form von Catarrhen der Eustachischen Röhre und des Mittelohrs und schliesslicher Taubheit.

Creswell Baber (Brighton) hat nicht viele Fälle von chronischem, nichteitrigem Mittelohrkatarrh und Sklerose gesehen, bei welchen Nasenoperationen ausgeführt worden wären. Fälle, in denen Lufteinblasungen das Gehör bessern, werden oft durch Beseitigung etwa vorhandener Nasenverstopfungen günstig beeinflusst.

Sir Felix Semon (London) bestätigt dem letzten Redner gegenüber, dass er thatsächlich häufig intranasale Operationen hat ausführen sehen bei reiner, unvollständiger und sogar einseitiger Obstruction der Nase in Fällen von Taubheit, Tinnitus u. s. w., selbst wenn der Nasenrachenraum völlig normal war. Vortr. ist selbstverständlich kein Gegner von intranasalen Operationen in Fällen, wo hinreichende Gründe zu der Annahme vorliegen, dass katarrhalische Processe sich wirklich von der Nase her auf die Nasenrachenhöhle weiterverbreiten, hingegen nimmt er energisch Stellung gegen operatives Verfahren in den ersterwähnten Fällen. Er ist nicht im Stande, den Spicer'schen Argumenten zu folgen; wie seine Theorie aber auch laute, die Vorstellung, dass eine einfache nasale Stenose einen ungünstigen Einfluss auf das Ohr ausübe, wie Spicer annimmt, wird widerlegt durch die praktische Erfahrung sowohl in Fällen von multiplen Nasenpolypen oder con-

genitaler Atresie beider Choanen wie auch durch die Thatsache, dass die Tamponade der Nasenhöhle in Ozaenafällen keine Taubheit mit sich bringt. Er macht den Vorschlag, dass ein Comité ernannt werden soll zur sorgsamen praktischen Erforschung der Frage bezüglich Ziele und Begrenzung intranasaler Operationen bei chronischen Mittelohrerkrankungen. Dieser Vorschlag wird einstimmig acceptirt.

Tilley (London) kann sich keines einzigen Falles von Sklerose entsinnen, der durch intranasale Operation gebessert worden ist. Er ist mit Baber der Ansicht, dass Fälle, die sich durch Lufteinblasung bessern, indem sie auf feuchten Katarrhen beruhen, die einzigen sind, in denen intranasale Operationen etwas nützen können. Die Spicer'schen Experimente entsprechen wohl kaum den Bedingungen am Lebenden, wo der intranasale „negative" Druck durch die Mundathmung ausgeglichen wird.

Fagge (London) und Bronner (Bradford) betonen gleichfalls nachdrücklich, dass sie Fälle von Sklerose und chronischer Mittelohrerkrankung wegen geringer Nasenverstopfung haben operiren sehen, wobei der Zustand jedoch eher verschlechtert als verbessert wurde.

Der Vorsitzende betont, dass die Discussion sich als werthvoll erwiesen hat, insofern sie die einheitliche Verurtheilung intranasaler Operationen bei genuinen sklerotischen Mittelohrerkrankungen als nutzlos und sogar als schädlich erwiesen hat. Bei chronischen, nichtsklerotischen, sondern katarrhalischen Affectionen der Mucosa tympanica, wo Lufteinblasungen das Hörvermögen bessern und gleichzeitig die Athmung primär behindert ist, sind intranasale Eingriffe zuweilen werthvoll. Er begrüsste zustimmend die Bildung eines Comités zur Erforschung der Frage und verspricht sich davon, dass es exacte Regeln zur Behandlung der in Frage kommenden Fälle werde aufstellen können.

Mc Bride giebt seiner Befriedigung Ausdruck, dass er eine so weitgehende Zustimmung gefunden hat. Gegenüber Baber und Dundas Grant hebt er gleich Sir Felix Semon hervor, dass er Thatsachen und keine Theorien verlange, und er besteht dringend auf der möglichst schnellen Einsetzung eines Untersuchungscomités.

Hunter Tod (London).

---

c) Gesellschaft Ungarischer Ohren- und Kehlkopfärzte.

VII. Sitzung vom 10. October 1901.

Vorsitzender: v. Navratil.
Schriftführender: Zwillinger.

1. v. Navratil: Angiosarkom des Kehlkopfes mittelst Laryngofissur operirt. Pat. 42 Jahre alt, klagt seit 8 Monaten über anhaltende Heiserkeit. Seit 14 Tagen bestehen Athembeschwerden. Das rechte Taschenband stark geschwollen, die Stimmlippen nicht sichtbar, die Glottis mit grösseren und kleineren, erbsen- bis haselnussgrossen, blass röthlichen Geschwülsten erfüllt. Es

wurde nach präventiver Tracheotomie die Laryngofissur ausgeführt und die prolabirenden Geschwülste vom rechten Stimmbande und dem rechten Morgagnischen Ventrikel entfernt. Die histo-pathologische Untersuchung ergab Sarcoma alveolare rotundo-cellulare, bezüglich der Genese Angiosarkom. Patient wurde nach 16 Tagen aus dem Spitale geheilt entlassen.

Donogany: Die Annahme scheint ihm berechtigt, dass es sich anfangs um eine gutartige Neubildung handelte, welche erst später malign wurde.

Baumgarten theilt diese Ansicht nicht, er glaubt an solche Umwandlung nicht.

2. v. Navratil: Vor $3^1/_2$ Jahren operirter und geheilter Fall von Zungencarcinom. v. N. stellt ein 52jähr. Individuum vor, bei welchem er eines Carcinoma linguae und sublinguale halber nach Entfernung der regionären Drüsen die Zungenresection ausführte. Pat. ist jetzt, nach Verlauf von $3^1/_2$ Jahren, vollkommen gesund.

3. Zwillinger: Fall von Rhinitis leprosa, nebst Demonstration histo-pathologischer und bakteriologischer Präparate. Wenn Leprabacillen in den Geweben, im Blute, in den Secreten vorhanden sind, so sind sie nirgends in so kolossaler Menge angehäuft, als eben im Nasensecret. Die Nase erscheint als das Infectionsthor, der Nasenschleim als das die Infection vermittelnde Agens. Es scheint, dass dem Nasensecrete in Bezug auf die Infection dieselbe Rolle zuzuschreiben ist, wie dem Sputum bei der Tuberculose.

4. Onodi: Leprafälle. O. stellt drei Geschwister vor, die an Lepra leiden.

5. Baumgarten: Ein Fall von Laryngitis hyperplastica oder fibrinosa? Die Frau ist seit längerer Zeit heiser, seit 5 Monaten aber oft tonlos und zwar seitdem sie eines kräftigen Kindes entbunden ist. Die freien Ränder der falschen Stimmbänder, die ziemlich geschwollen sind, ferner die wahren Stimmbänder in ihrer ganzen Länge und Breite, sowie der sichtbare untere Antheil, ebenso die Interarytaenoidalfalte mit einer schmutzig-grauen Schicht bedeckt, an den Stimmbändern hier und da schwarze, eingetrocknete Krusten. Bei Bepinselung lösen sich keine Membranen ab, auch blutet es nicht bei energischer Pinselung. Es handelt sich darum, zu entscheiden, ob dieses eine Laryngitis fibrinosa oder hyperplastica sei?

v. Lénárt: Aus den klinischen Veränderungen ist es nicht bestimmbar, ob es sich um ein Exsudat oder Epithelverdickung handelt. Es wäre eine Excision und mikroskopische Untersuchung erforderlich.

VIII. Sitzung vom 28. November 1901.

1. v. Navratil: Fall von tuberculöser Kehlkopfstenose. Der 56 Jahre alte Patient wurde vor 7 Jahren wegen Chorditis ulcerosa tuberculosa tracheotomirt. Nach 7 Wochen verliess er geheilt die Abtheilung. Am 30. Sept. a. c. meldete sich Pat. zum zweiten Male. Temperatur 38,6--39. Beide Stimmbänder verharren nahe der Mittellinie. Wegen zunehmender Athemnoth Tracheotomie. Im Sputum Tub. Bacillen. Am 6. Tage nach der Tracheotomie entleert er plötz-

lich eine grosse Menge blutigen Eiters, worauf sich sein Zustand bedeutend bessert. Das rechte Stimmband bewegt sich jetzt frei, das linke erscheint hingegen noch immer fixirt. Es ist die Annahme mithin berechtigt, dass die Lähmung des rechten Stimmbandes durch den Druck vergrösserter peribronchialer Drüsen auf den entsprechenden Recurrens verursacht war, dass dieselben verkäsend und vereiternd den Bronchus perforirten und so den eitrigen Erguss verursachten. Patient befindet sich nun wohl. Decanulement vorgenommen in der 3. Woche nach der Tracheotomie.

2. v. Navratil: Atresie des Kehlkopfes nach Typhus. Pat., 19 J. alt, wurde im Mai v. Jahres wegen Typhus abdomin. in das Spital aufgenommen. In der 3. Woche der Erkrankung entstand an seinem Halse, in der Gegend des Kehlkopfes, eine schmerzhafte Schwellung, welche Athembeschwerden verursachte, wegen welcher die Tracheotomie ausgeführt wurde. Die Laryngoskopie ergiebt, dass eine dicke, von einer Seite des Kehlkopfes zur anderen ziehende, die Glottis verschliessende narbige Membran vorhanden ist. N. spaltete und entfernte endolaryngeal in zwei Sitzungen die Membran, so dass der grösste Theil der Glottis frei und sichtbar ist und auch ein Theil des linken Stimmbandes zum Vorschein kam. Intubation. Patient athmet 4 Stunden lang bei verstopfter Canüle.

3. Egmond Baumgarten: Maligne Neubildung des Kehldeckels und seiner Umgebung? B. stellt einen Fall vor, wo an der Epiglottis eine höckerige, taubeneigrosse Geschwulst vorhanden ist. Die Diagnose kann nicht entschieden werden. Die Exstirpation eines kleinen Stückes des Tumors ergab keine Aufklärung.

4. S. Lipscher: Fall von Mandelstein. Das Mathieu'sche Tonsillotom schnitt die Mandel trotz mehrmaligen Oeffnens und Schliessens nur zum Theil durch und konnte nur mit Mühe von der Mandel entfernt werden. Der Grund dieses unangenehmen Zwischenfalls war der hier gezeigte haselnussgrosse Stein, der in der Tonsille lag.

5. Némai: Knochenhöhle im Oberkiefer. Der rechte obere zweite Molaris fehlt, über dieser Stelle ist eine Fistelöffnung sichtbar, welche in eine Abscesshöhle zu führen scheint. Die vordere Wand des Alveolus fehlt. Wir haben eine nussgrosse Knochenhöhle vor uns, welche mit der Highmorshöhle nicht communicirt und entweder eine aberrirte Knochenzelle oder eine vereiternde Cyste darstellt.

6. Zwillinger: Adenoide Vegetationen und Taubstummheit. Bespricht die Beziehungen der adenoiden Vegetationen zur Taubstummheit auf Grund von Untersuchungen, welche er an den Zöglingen des städt. Taubstummeninstitutes zu Budapest zu machen in der Lage war.

Es kann, was den Zusammenhang gen. beider Zustände anlangt, von folgenden Alternativen die Rede sein: die Taubstummheit kann unabhängig von vorhandenen aden. Veg. entstanden sein, beide Veränderungen können dieselbe Ursache haben und unabhängig von einander neben einander bestehen, sie können ein complicirendes Moment abgeben und schliesslich können sie die directe Ursache der Schwerhörigkeit resp. Taubstummheit sein.

Krepudra sieht zwischen adenoiden Veg. und der Taubstummheit keinen causalen Nexus, nur per tangentem könnte von einem solchen die Rede sein.

v. Navratil (Budapest).

---

d) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

14. Sitzung 19. October 1901.

Vorsitzender: E. Schmiegelow.
Schriftführer: Alex. Vincent.

1. E. Schmiegelow: Tumor tracheae bei einer 54jährigen Frau. Das Leiden hatte sich bei einer sonst gesunden Frau ohne bekannte Ursache entwickelt. Sie wurde sogleich tracheotomirt. Der Tumor war breitbasig, und sass auf dem oberen Theile der hinteren Trachealwand. Die Oberfläche war glatt, nicht ulcerirt. Die Stimme und Kehlkopf normal. Keine Schlingbeschwerden. Die Patientin wird mit Quecksilber und Jodkali behandelt; falls in weiteren vierzehn Tagen keine Veränderung eintritt, wird Schmiegelow versuchen, durch eine Tracheofissur die Neubildung zu entfernen. (S. hat dieses später gethan, es zeigte sich, dass die Neubildung ein typisches alveoläres Carcinom war. Der Fall wird später ausführlich publicirt.)

2. K. Nörregnarst stellte eine 51jährige Frau vor mit einer gummösen Infiltration in der Tiefe des Schlundes und auf dem linken Giessbeckenknorpel, theilweise die Stimmlippen verdeckend. Sie hat zeitweise an stridulöser Inspiration mit Schlingbeschwerden gelitten, aber die Symptome haben sich nach einer antiluetischen Behandlung bedeutend gebessert.

3. Vald. Klein: Ein Fall von Tuberculosis laryngis, bedeutend gebessert durch Behandlung mit sulforicinsaurem Phenol-Natrium. Es handelte sich um einen 41jährigen Mann, der an einer tuberculösen ulcerativen Laryngitis mit Granulationsbildungen litt. Er wurde vom 22. Februar bis zum 15. Juni dieses Jahres alle 2 Tage mit sulforicinsaurem Phenolnatrium behandelt — wodurch die Ulcerationen heilten und die Stimme sich sehr verbesserte. Am 6. October zeigte sich aber ein recht bedeutendes Recidiv.

Schmiegelow meint, man könnte jetzt die Behandlung durch Entfernung der Wucherungen mit Doppelcurette wesentlich unterstützen.

4. E. Schmiegelow: Mittheilungen über das spätere Schicksal eines operirten Cancerpatienten, welcher in der Sitzung vom 24. April d. J. vorgestellt wurde. Der Hausarzt des Patienten hat S. folgendes mitgetheilt. Gegen Ende Mai war die Thyreotomiewunde geheilt, dagegen bestand Eiterung aus der Wunde, durch welche die tuberculöse Halsdrüse entfernt war. Es bestand hier eine continuirlich wachsende Geschwulst, die später Trachealcompression hervorrief, so dass Anfangs Juli der Patient wieder tracheotomirt werden musste. Am 5. Juli trat plötzlich eine starke Blutung aus der Wunde auf; es entwickelten sich Zeichen einer Gehirnembolie — am folgenden Tage wieder eine starke Blutung und am 7. Juli starb er.



5. E. Schmiegelow: Ein Fall von Epithelioma laryngis bei einem 25jährigem Manne, operirt vor 15 Monaten. Kein Recidiv.

Die höckrige Neubildung hatte das vordere Ende des linken Taschenbandes infiltrirt; Patient war seit 5 Monaten wegen einer chron. Laryngitis in Behandlung. Die mikroskopische Untersuchung (Dr. L. Kraht) von endolaryngeal entfernten Stücken der Neubildung zeigte ein typisches Epitheliom. Am 15. Juni 1900 Thyreotomie und Entfernung der Neubildung, welche das vordere Drittel des linken Taschenbandes einnahm und auf den vorderen Theil des rechten Taschenbandes übergegriffen hatte. Die Stimme ist jetzt (1. 12. 1901) rauh, aber klangvoll, keine Spur von Recidiv.

6. Sophus Bentzen: Ataxia laryngis bei einem 15jährigen Knaben. Er spricht und liest ziemlich schnell und fliessend ohne Störung wie beim Stottern, aber die Worte werden undeutlich ausgesprochen, bald sagt er auch ganz andere Worte oder Silben als die, welche im Buche stehen, bald spricht er nur einzelne Buchstaben oder Silben des Wortes aus; je schneller er spricht, um so undeutlicher werden die Worte bis zur Unverständlichkeit, bisweilen stockt er denn auch vollständig. Laryngoskopisch sind die Stimmlippen von normalem Aussehen mit normaler Beweglichkeit während der Respiration, wenn er aber zu intoniren versucht, sieht man ein wechselndes Spiel der Stimmlippen, bald bilden sie einen ovalen Spalt, bald kommt eine dreieckige Oeffnung im hinteren Theile der Stimmritze, bald bewegt sich die rechte Stimmlippe besser als die linke und umgekehrt; schliesslich legen sich die Stimmlippen dicht aneinander, weichen nach kurzer Zeit wieder auseinander und derselbe Kampf beginnt auf's neue. Keine choreatischen Bewegungen des Gesichts oder der Extremitäten.

7. Valst. Klein: Abscessus tonsillaris bei einem 16 Monate alten Kinde, das seit 10 Tagen krank war; es war bedeutende Cyanose mit Athembeschwerden vorhanden. Der Abscess sass an der rechten Seite der Fauces. Durch eine sofort vorgenommene Incision spritzte der Eiter weit heraus. Es wurden etwa 50 ccm entleert. E. Schmiegelow (Jörgen Möller).

Sitzung vom 23. November 1901.

I. Gottlieb Kiär: Sarcoma conchae inf. dextrae bei einer 57jähr. Frau. — Während ein Paar Monaten zunehmende Nasenverstopfung. — Keine Blutung oder Schmerzen. Die rechte untere Muschel ist diffus geschwollen, die Oberfläche glatt und leicht blutend. Linke Nasenhälfte natürlich. — Keine Drüseninfiltration. Ein Stück der Muschel wird mit kalter Schlinge abgetragen; mikroskopische Untersuchung: Sarkom. Schnelle Reproduction der Geschwulst, die jetzt höckerig von spröder Consistenz ist. Hospitalsbehandlung wird jetzt nothwendig.

Schmiegelow meint, dass eine Radicaloperation, eventuell von der Resection des linken Oberkiefers begleitet, hier indicirt sei. Erfahrungsgemäss zeigen die malignen, sarkomatösen Neubildungen im unteren Theile der Nasenhöhle keine grosse Neigung zum Metastasiren.

II. A. C. Grönbeck: Tuberkulöser Tumor im Kehlkopfe. Eine 25jähr. Frau ist seit einem Jahre heiser und hat ausserdem einige Hämoptysen gehabt. Diffuse Laryngitis. Auf der Hinterwand des Kehlkopfes sieht man einen Tumor, der fast die ganze Breite der Wand einnimmt. Die Neubildung ist lappig, blumenkohlartig, nicht ulcerirt.

III. E. Schmiegelow: Tuberkulom des Kehlkopfes bei einem 62 jähr. Manne, der am 30. 5. 01 S. consultirte, nachdem er 8 Monate heiser gewesen, übrigens meinte er gesund zu sein. — Das linke Stimmband war von einer graurothen, granulirten, breitbasigen bohnengrossen Geschwulst bedeckt. Die Neubildung streckt sich bis in den Sinus Morgagni hinein. Die rechte Seite des Kehlkopfes natürlich. Stethoskopisch wurde eine chronische Spitzenpneumonie nachgewiesen. —

Die Geschwulst wurde am 31. Mai entfernt: mikroskopische Diagnose: Tuberkulom. Am 4. Juni sass unter dem hinteren Drittel des Stimmbandes noch ein kleines Stückchen der Geschwulst, welches am 22. Juni entfernt wurde. Ein Meerschweinchen wurde damit geimpft und starb $2^1/_2$ Monate nachher an Miliartuberkulose. Am 9. October war die Stimme klar und der Kehlkopf ganz natürlich anzuschauen.

Schmiegelow betont, dass es nur mittelst der mikroskopischen Untersuchung der endolaryngeal entfernten Kehlkopfneubildung möglich war eine richtige Diagnose zu stellen, und wendet sich gegen die Meinung von J. N. Mackenzie (Transact. of the American laryngol. Associat. 1901, p. 56), der sich sehr energisch gegen dieses diagnostische Hülfmittel ausspricht. Zwar findet man Fälle, wo es bei der klinischen Untersuchung möglich ist die zuverlässige Diagnose einer bösartigen Neubildung zu stellen, selbst wenn durch die mikroskopische Untersuchung nichts bösartiges gefunden wird. — Andererseits kann man aber nicht in allen Fällen die explorative endolaryngeale Excision entbehren. S. glaubt nicht, dass die Gefahr einer Autoinfection so gross ist, wie J. N. Mackenzie es glaubt. Eine ganze Reihe von Patienten, bei welchen der Krebs frühzeitig entfernt worden ist, sind trotz der praeliminären Excision dauernd geheilt worden. S. meint, dass die Gefahr einer unnützen Thyreotomie, besonders wenn es sich um tuberkulöse Kehlkopfaffectionen handelt, viel grösser ist als die Gefahr einer Autoinfection nach partieller endolaryngealer Excision.

IV. Sophus Bentzen: Tuberkulom im Kehlkopfe bei einem in der Kopenhagener Universitätsklinik behandelten 26jähr. Manne, der seit 3 Jahren an Lungenphthisis gelitten hat. Starke Röthung der Schleimhaut des Kehlkopfeinganges, die Stimmbänder leicht injicirt, sonst natürlich. Der vordere Theil des rechten Stimmbandes wird von einem glatten bohnengrossen, etwas flottirenden Tumor bedeckt, welcher in der Höhe der Anheftung des rechten Taschenbandes breitbasig entspringt. Mit der Kümmel'schen Doppelcurette wird ein Stückchen des Tumors behufs mikroskopischer Untersuchung entfernt und 2 Tage nachher der ganze Tumor exstirpirt. Mikroskopische Untersuchung (Dr. Claudius); Tuberculosis laryngis. —

Bentzen definirt die Tuberkulome als scharf abgegrentzte Geschwulste von tuberkulösem Gewebe, und von Schleimhaut, die nicht ulcerirt ist, bedeckt.

Jörgen Möller meint, dass man auch epithelbekleidete Geschwülste, welche Elementärtuberkeln enthalten, haben kann, die nicht tuberkulösen Ursprunges sind. Man kann eine Neubildung anderer Art haben, z. B. ein Papillom, welche secundär tuberkulös inficirt wird.

Bentzen bemerkt, dass die Vermuthung, dass in Papillomen sich Tuberkulose entwickeln könne, schon vor mehreren Jahren von Gouguenheim aufgestellt worden ist.

V. Sophus Bentzen: Syphilis laryngis bei einer Phthisica. Eine 33 jährige Frau hat seit 5—6 Jahren Zeichen einer Lungenphthisis. Seit einem halben Jahre war sie heiser. — Beide Stimmbänder waren verdickt, stark ulcerirt; in der vorderen Commissur eine membranöse Bildung. In der Nasenscheidenwand ein ulcerirender Defect. Während einer Hg-Jodkali Behandlung sind die Larynxulcerationen geheilt, wogegen die pulmonären Affectionen nicht beeinflusst wurden. Schmiegelow, Vincent u. J. Möller.

---

e) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. März 1902.

Flatau stellt einen Pat. vor, bei dem er nach Entfernung von Fibromyxomen ein bis dahin nicht diagnosticirbares Empyem der Oberkiefer-, Stirn- und Siebbeinhöhle erkannt und operirt hat. Im Nasenrachen fand sich in der Choane der entsprechenden Seite ein mit dem Sin. maxill. communicirender Tumor (Eitersack?). Die Empyeme sind geheilt. Merkwürdig ist das Vorhandensein multipler latenter Empyeme und das Bestehen von Gehörstörungen, über die der Pat. im Anfang klagte.

Musehold kann die Bezeichnung „latente Empyeme“ hier nicht als berechtigt anerkennen.

Treitel: Ohrensausen ist bei Nasennebenhöhlenempyemen häufig.

Flatau: Da es nicht möglich war, Eiter zu sehen, so nennt er das Empyem latent.

Fränkel: Pachydermie und Carcinom. In dem ersten seiner Fälle sah F. am 27. März 1897 Röthung und Schwellung der Stimmbänder, am rechten Proc. voc. einen linsengrossen Wulst ohne Delle, der nach Jodkali eher kleiner wurde. Juni 1897 ging Pat. nach Ems. Juli: Tumor nicht mehr so hervorragend, aber ausgedehnter; Oberfläche körnig, ist mehr in's Gesunde eingedrungen. Bei der mikroskopischen Untersuchung eines herausgenommenen Stückes fanden sich atypische Zapfen. Endolaryngeale Entfernung im August. Recidiv. Am 20. Sept. r. Stimmband weisslich, höckrig, Proc. voc. frei; kleines rothes Knötchen an seiner Basis, das in's gesunde Gewebe eindringt. Der Tumor erweist sich mikro-

skopisch als Carcinom, zeigt isolirte Epithelinseln und Perlen. Laryngofissur; Heilung. Mai 1898. Granulationen am Narbenstrang; Entfernung. An Stelle des Stimmbandes ein Wulst. 1901 noch gesund. Das exstirpirte Stimmband ist in Serienschnitte zerlegt, die demonstrirt werden.

2. Fall: 64 jähr. Mann zeigt am 25. April 1900 beide Stimmbänder roth und verdickt, am r. Proc. voc. sieht man kleine Höckerchen, linsengrosse breitbasige Knötchen. Jodkali. 28. Sept. Knötchen gewachsen. Mikroskopische Untersuchung: Carcinom. Tumor wächst. 9. Nov. Extralaryngeale Exstirpation des r. Stimmbandes. 20. Aug. 1901 gesund. Pat. ist inzwischen an einem primären Cylinderzellencarcinom des Darms gestorben.

Die mikroskopische Diagnose des Larynxcarcinoms ist nicht immer leicht und sicher zu stellen. Atypische Zapfen kommen nicht bloss bei ihm vor; immerhin ist die Atypie zu beachten, wenn man darunter nicht bloss die pathologische Wucherung des Epithels nach innen versteht, sondern auch dieselbe in der Anordnung der Zellen nachweisbar ist. Es sind dann keine basalen Zellen mehr vorhanden oder sie sind nicht regelmässig; auch die übrigen Epithelialzellen zeigen einen unregelmässigen Aufbau.

Epitheliale Inseln sieht man meist erst, wenn der Krebs schon eine Weile bestanden hat, worauf man ja nicht immer warten kann. Es ist oft erst durch Serienschnitte festzustellen, ob sie nicht mit der Oberfläche in Zusammenhang stehen.

Die Anaplasie der Zellen mag von Werth sein, aber man kann sie ihnen nicht ansehen. Ebenso ist unsicher Mitosenveränderung.

Die Perlenbildung hat eine hohe Bedeutung, kann aber auch ohne Carcinom vorkommen, ebenso die Conglomeratzellen.

Eine Infiltration des Bindegewebes kommt bei allen malignen Geschwülsten, aber auch bei gutartigen vor.

Ist nun aus herausgenommenen Stücken die mikroskopische Diagnose möglich? Manchmal ja! Wenn man z. B. atypische Zapfen, Krebsalveolen, Perlen und Conglomeratzellen findet. Andere Male bleibt es zweifelhaft; dann soll man endolaryngeal operiren, und erst wenn sichere Carcinombilder vorhanden, soll die äussere Operation in Frage kommen.

Klinisch ist es möglich, abzusondern Tuberkulose und Syphilis, es bleibt also die Unterscheidung von Papillom und Pachydermie.

Aetiologisch ist zu bemerken, dass der Krebs wahrscheinlich eine Infectionskrankheit ist.

Im ersten Fall haben verschiedene Aerzte Pachydermie diagnosticirt; es ist fraglich, ob gleichzeitig diese und Carcinom bestanden oder erst jene und dann dieses, wahrscheinlich das letztere. Im zweiten Falle bestimmte die mikroskopische Untersuchung das Handeln.

Dieser, eingehenden Studiums würdige, lichtvolle Vortrag wird im Archiv für Laryngologie erscheinen.

Sitzung vom 25. April 1902.

Sturmann zeigt einen Spray, der durch flüssige Kohlensäure in Betrieb gesetzt wird und einen continuirlichen Nebel erzeugt. Er eignet sich besonders für ausgiebige Ausspülungen, z. B. bei Oberkieferhöhlenempyem, kann aber natürlich auch für die Nase und den Nasenrachenraum angewendet werden.

Hirschmann zeigt einen Nasenstein, den er einem 52jähr. Pat. aus der rechten Nase entfernt hat, wo er in Granulationen eingebettet 46 Jahre gelegen hatte. Er sandte einen Ausläufer um das hintere Muschelende herum und war von dem ihn erzeugenden Fremdkörper vollkommen getrennt, so dass, wenn dieser z. B. zufällig verschluckt worden wäre, man einen Nasenstein anscheinend ohne einen solchen hätte annehmen können.

Der Rhinolith wog, ohne den Kern, einen Knopf, $3^1/_2$ g.

Treitel: Influenza-Pharyngitis. Die Influenzakatarrhe unterscheiden sich von den gewöhnlichen oft nur durch ihre längere Dauer; manchmal treten als Charakteristica bei Nasenerkrankungen Neuralgieen und bei denen des Kehlkopfes Paresen auf.

Pathognomonisch sind die weissgrauen von Fränkel zuerst beschriebenen Flecken; sie verlaufen mit Hinterlassung flacher Geschwüre. T. hat einen Fall von opalescirenden Flecken im Rachen, auf den Tonsillen und den Taschenbändern gesehen, die flache Geschwüre veranlassten. Er fand in ihnen typische Influenzabacillen im Deckglaspräparat und in Culturen. Später beobachtete er eine Kehlkopfaffection, bei der Flecken auf den Taschenbändern auftraten, in denen sich auch Influenzabacillen nachweisen liessen. Ihren Nachweis hält er zur Sicherung der Diagnose für nothwendig.

Differentielldiagnostisch kommen im Rachen und Kehlkopfe in Frage Lues und Pemphigus.

E. Meyer: Die weissen Flecken im Larynx bei Influenza sind erst scharf contourirt und etwas erhaben über die geröthete Umgebung; vom Rande her findet dann eine Vascularisation in den fibrinösen Fleck hinein statt, er wird roth und dann wird die Schleimhaut normal. Es handelt sich also um eine tiefgehende Entzündung mit fibrinöser Einlagerung. Die bakteriologische Untersuchung des Secrets giebt meist ein negatives Resultat, das liegt aber wohl daran, dass bei dem erst einige Tage nach dem Krankheitsbeginne stattfindenden Auftreten der Laryngitis die Influenzabacillen nicht mehr nachweisbar sind. Manchmal tritt symmetrisch an beiden Stimmbändern bei Tuberkulose eine Ulceration auf, so dass ein ähnliches Bild entsteht.

Sturmann: Die weissen über die Oberfläche hervorragenden Flecke verschwinden nach 24 Std. und erscheinen dann wieder: es handelt sich daher wohl um abgestossenes Epithel.

Ruhemann: Die Influenzaerkrankungen des Rachens und Kehlkopfes geben kein charakteristisches Bild; zu ihrer Sicherung ist der Nachweis des Influenzabacillus nothwendig, der sich oft Monate hält, ja länger als ein Jahr halten kann, besonders bei Tuberkulose.

Zu berücksichtigen ist event. das Vorhandensein einer Epidemie, das Vorkommen von charakteristischen Fällen in derselben Familie und nervöse Nacherscheinungen.

Schötz: Die weissen Einlagerungen sind durchaus nicht charakteristisch für Influenza; vielmehr kommen sie auch bei schwer misshandelten acuten Katarrhen vor.

Heymann sah ebenfalls die weissen Flecken ohne Influenza.

Kuttner konnte sie auch bei heftigen Laryngitiden aus anderer Ursache nachweisen. Mikroskopisch erweisen sie sich zusammengesetzt aus einem fibrinösen Netz mit kleinzelligem Infiltrat. Hebt sich das Häutchen ab, so erscheint in demselben Augenblicke eine frische Exsudatschicht, die wie ein zweites Häutchen erscheint. Durch nachwachsendes Epithel wird allmälig die fibrinöse Schicht fortgeschoben. Es handelt sich also um eine Neubildung des Epithels und nicht um Organisirung mortificirten Gewebes.

Treitel: Nach seinen Beobachtungen im Rachen, wo man die Epithelabhebung besser sehen kann, scheint es sich um eine Auflagerung und nicht um eine Einlagerung zu handeln.

Sitzung vom 30. Mai 1902.

E. Meyer stellt einen Pat. vor, der im Februar d. J. in Folge einer specifischen Perichondritis des Ringknorpels resp. Juxtapposition der Stimmbänder einen Suffocationsanfall hatte und tracheotomirt worden war. Nachdem die in der Tracheotomiewunde befindlichen Granulationen entfernt worden waren, wurde der Larynx erst mit Bougies, dann mit Zinnbolzen dilatirt; allmälig fingen die Stimmbänder an, sich mehr nach aussen zu bewegen; seit einer Woche ist Pat. decanulirt. Neben der localen Behandlung erhielt Pat. Jodkali und Sassaparilla. Er athmet jetzt frei. Das linke Stimmband zeigt noch eine gewisse Bewegungsbeschränkung, das rechte geht über die Cadaverstellung hinaus.

P. Heymann hat einen ebensolchen Fall durch Schrötter'sche Bougies innerhalb $2^1/_2$ Monaten geheilt.

A. Rosenberg erzielte bei einem Pat. mit specifischer Perichondr. cric. mittelst etwa zehntägiger ununterbrochener Intubation und Darreichung grosser Dosen Jodkali ebenfalls dauernde Heilung.

Flatau demonstrirt eine sich selbst haltende Kehlkopfelektrode, die vorn ein Compressorium trägt.

Lennhof stellt einen Pat. vor, der auf der den unteren Rand des Schildknorpels bekleidenden, wulstartig verdickten Schleimhaut ein Ulcus hat; es ist ihm zweifelhaft, ob dasselbe specifischer oder tuberculöser Natur ist.

Landgraf hält es für tuberculös, um so mehr, als das erste Krankheitszeichen Husten war.

Burchardt stellt einen Pat. mit Morbus macul. Werlhofii vor: derselbe hatte am 11. März Schabefleisch gegessen und bekam danach Uebelkeit und Erbrechen; am 12. März stellte sich Purpura ein und Schleimhautblutungen in der

Mundhöhle und am Velum und eine kleine Blutung am linken Trommelfell; nach Extraction einiger cariöser Zahnwurzeln trat eine zwei Tage dauernde Blutung ein. Früher hat Pat. nie an Blutungen gelitten, auch in seiner Familie sind weder Purpura noch Hämophilie nachweisbar. Dagegen hat er sich von seinem zehnten Lebensjahre an sehr dürftig ernährt und sehr anstrengend gearbeitet.

Herzfeld sah in einem Falle von Morb. macul. nach einer Nasenpolypenextraction eine sehr heftige Blutung auftreten, von der Pat. erst nach einigen Wochen genas. Im Blute fanden sich Mastzellen.

Burchard fand in seinem Falle die rothen Blutkörperchen um 20 pCt. verringert, die weissen in ihrer Zahl unverändert, den Hämoglobingehalt 65 pCt. des normalen, keine Mastzellen.

Discussion über den Vortrag B. Fränkels: Pachydermie und Carcinom.

B. Fränkel demonstrirt die mikroskopischen Präparate des in Serienschnitte zerlegten vorderen Theils des linken Stimmbandes seines zweiten Falles (cf. Arch. f. Laryng. XIII. 1).

Kuttner: Zwischen Carcinom und Pachydermie bestehen gewisse ätiologische Beziehungen; die chronische Reizung, die bei Pachydermie sicher eine Rolle spielt, ist bei Carcinom wahrscheinlich.

Selbst bei senkrechter Schnittrichtung zeigen die histologischen Bilder der Pachydermie, da die Epithelzapfen in allen Richtungen getroffen werden, Epithelnester, so dass die mikroskopische Unterscheidung beider Erkrankungen oft Schwierigkeiten macht.

Die Klebs'sche Auffassung, dass ein allmäliges Hineinwuchern des Epithels in die Gefäss- und Lymphräume einen Uebergang von Pachydermie zum Carcinom darstelle — er fand einmal reine Epithelzellen im Gefässlumen —, ist nicht richtig. Er hat dabei übersehen, 1. dass das Carcinom sich durch eine colossale Lebensenergie auszeichnet — eine Pachydermiezelle kann nie ein Gefäss durchbrechen —, 2. dass es die Fähigkeit der Generalisation besitzt. Es ist festzuhalten, dass das Carcinom nur da vorhanden ist, wo der Nachweis epithelialer Gebilde im Unterzellgewebe, losgelöst von der Oberfläche, gelingt; das ist an einzelnen Schnitten fast unmöglich, man muss immer Serien anfertigen. Was die Infectiosität des Carcinoms betrifft, so hat man für dieselbe die Vacuolen, wahrscheinlich membranlose Räume, die sich von der Umgebung durch ihren Inhalt differenziren, verantwortlich gemacht; sie bestehen aus Flüssigkeit und tragen einen kernähnlichen Körper. Eine Uebertragung des Carcinoms auf Chirurgen und Leichendiener ist bisher nicht sicher nachgewiesen. Gegen die Infectiosität spricht auch die Thatsache, dass fast niemals ein Cancroid gleichzeitig mit einem Drüsenkrebs gefunden wurde. Wuchert ein Plattenepithelkrebs nach aussen, so entarten die Deckepithelien nicht carcinomatös, sondern sie werden aufgefressen; es findet keine Neuentwickelung, keine Infection statt; es besteht also ein Non liquet. Die Vacuolen sind wohl nicht Infectionsträger, da an der Zelle oder am Kern keine Veränderungen (Mitosen) ebenso wenig wie in den Nachbarzellen nachweisbar sind.

A. Rosenberg: Der Begriff der Pachydermie ist weiter zu fassen, als es

4*



gemeinhin geschieht. Abgesehen davon, dass die Höhe und der Sitz der Wülste und Dellen schwankt, gehören hierher auch diejenigen Fälle, in denen an einem oder beiden Stimmbändern weisse, harte, meist glatte, manchmal zackige Hervorragungen sichtbar sind, die, wenn die Erkrankung sich auf kleine umschriebene Stellen beschränkt, wohl auch unter dem Namen „Mykose" geht. Die weissen, zackigen, mehr papillomatösen Tumoren sind öfters Carcinome. Die Papillome sehen, besonders an den Taschenbändern, manchmal einem pachydermischen Wulst ähnlich; neben ihnen sieht man zuweilen circumscripte pachydermische Veränderungen.

Grabower: Die in der Nähe eines Carcinoms gelegenen Gebilde, z. B. an der äusseren Haut oder an der Portio uteri, zeigen eine secundäre Hyperplasie: ähnlich ist es vielleicht beim Larynx. Es müsste die Zwischenstrecke zwischen Carcinom und Pachydermie regelmässig untersucht werden, ob sich dort nicht Veränderungen finden, die von dieser zu jenem überleiten; das wäre practisch wichtig. Findet man das pachydermische Bild, so muss man den Verdacht haben, dass sie nur eine Hyperplasie darstellt, hervorgerufen durch ein in der Nähe befindliches Carcinom.

Kuttner: Ueberall wo chronische Reizzustände bestehen, also auch beim Carcinom, findet sich in der Umgebung eine pachydermische Epithelverdickung; es ist also aus dieser kein Schluss auf Carcinom zulässig.

Grabower: Diese beiden Processe bestehen nebeneinander; es ist nur die Frage, ob zwischen ihnen Uebergangsprocesse nachweisbar sind.

B. Fränkel: Vacuolen finden sich sowohl beim Carcinom als auch bei Pachydermie. Diese werden auch nicht als Erreger des Carcinoms angesehen, sondern Gebilde, die wie ein Vogelauge aussehen und eine Membran haben; allerdings sind sie bisher in Oberflächenkrebsen noch nicht gefunden worden.

Sitzung vom 27. Juni 1902.

Warnekross benutzt bei Gaumendefecten kleinere Obturatoren, als sie allgemein üblich sind, oder er fügt an ein Zahnersatzstück einen kleinen Appendix an; derselbe hat die Aufgabe, den M. constrictor pharyng. sup. zu stärken. Diese Obturatoren sind auch angezeigt nach der Trennung des Velum von der hinteren Pharynxwand, mit der es verwachsen war.

Treitel hat ähnliche Obturatoren auch bei anderen Zahnärzten gesehen.

Schötz: Nicht alle Verwachsungen des Gaumensegels mit der hinteren Rachenwand brauchen getrennt zu werden, da manchmal die Patienten auch ohne Operation ebenso gut sprechen, wie nach derselben. Man muss die Verwachsungen möglichst zu verhüten suchen.

Warnekross: Operiren soll man nur, wo bei theilweiser Verwachsung unerquickliche Zustände vorhanden sind.

Flatau: Die Vokalschrift des Phonographen. F., der sich mit der Verwendung des Phonographen in der Pathologie und Therapie der Stimme be-

schäftigt, hat versucht, die Vokalschrift der Wachswalzen direct ohne den Reproductor u. a. Wiedergabevorrichtungen für die Bewegung zu studiren.

Die von ihm angegebene Methode, von deren Erläuterung er unter völliger Würdigung auf Hermann's bedeutsame Forschungen hinweist, intendirt eine Verbindung der graphischen Vervielfältigungsarten mit den plastischen herzustellen und zwar wesentlich durch Ausnützung der Galvanotechnik. Zur Erläuterung seines Verfahrens demonstrirt er eine Reihe von plastischen Copien, Diapositiven und Vergrösserungen von Vokalschriften, die unter bestimmten phonetischen Cautelen gewonnen sind, und die er zunächst zur Erläuterung verschiedener Stellungen für den gleichen Vokal benutzt hat.

Die Technik der Herstellung wird mitgetheilt und die Verwerthung des Verfahrens wesentlich nach drei Richtungen gesehen, nämlich ausser zu bequemer graphischer, insbesondere photographischer Wiedergabe und Vergrösserung an der Hand der zu Tafetn aufgerollten Metallmatrizen, um plastische unbegrenzt haltbare Copien herzustellen und beide Formen der directen Copie neben den bisherigen Methoden für die Zwecke der wissenschaftlichen Messung und Beobachtnng zu verwerthen.

Scheier macht darauf aufmerksam, dass Zelle ähnliche Bilder wie Flatau erzielt hat.

Schulz hält die Hermann'sche Methode für wissenschaftliche Zwecke für die beste.

Katzenstein: Die bisher erzielten Curven sind noch sehr ungleich; es sind noch viele Fragen zu erledigen, die ihre Gleichmässigkeit bezweifeln lassen.

B. Fränkel: Für das Studium der optischen Erscheinungen unserer Stimme ist immer noch die König'sche Flamme das beste.

Schulz: Die König'sche Flamme gestattet keine genaue Analyse; die phonographische Aufnahme, bei der verschiedene Autoren auf verschiedenen Wegen zu demselben Resultat kommen, ist sehr werthvoll.

Flatau bezweifelt, dass die König'sche Flamme den Vorzug verdient; beide Methoden sollen zusammen arbeiten; die plastische Copie ist ein sehr einfaches Verfahren.

A. Rosenberg.

---

f) 74. Versammung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad

21. bis 27. September 1902.

Abtheilung 21 a. Laryngologie und Rhinologie.

Einführende: Müller (Karlsbad), Bandler (Prag).
Schriftführer: Imhofer (Prag), Steiner (Prag).

Heymann (Berlin) beantragt, es möge die auf diesem Congress probeweise eingeführte Theilung der oto-rhino-laryngologischen Section in eine oto-rhinologische und rhino-laryngologische Section in eine definitive verwandelt und nur je nach Bedarf gemeinsame Sitzungen anberaumt werden. (Wird im Einverständ-



niss mit Section 21 b, Rhinologie, angenommen und dem Geschäftsausschuss des Congresses überreicht.)

Heymann (Berlin) demonstrirt eine grössere Anzahl anatomischer Präparate, den Aufbau des Siebbeins aus Grundlamellen und interturbinalen Gängen, Defecte an diesen Grundlamellen, Abweichungen in der Bildung der Nebenhöhlen und ihren Ausführungsgängen, Theilung derselben und Tumoren der Nebenhöhlen illustrirend.

Anton (Prag) demonstrirt Deformitäten der Nasenscheidewand bei Neugeborenen. Er hat die Nasenhöhlen von 56 Kindesleichen systematisch untersucht und fand bei 9 (16,97 pCt.) Deformitäten.

Die reine Deviation zeigte sich nur bei einem Falle; es war dies ein 26tägiger Knabe. Bei 8 Fällen fand sich Spornbildung des Septums. Was das Alter anbelangt, so war das älteste der Kinder, bei welchem diese Bildung sich vorfand, 49 Tage, das jüngste 6 Stunden alt.

Die Beantwortung der Frage, warum gerade diese Form der Deformität beim Neugeborenen so häufig und typisch in die Erscheinung tritt, dürfte in den anatomischen Verhältnissen zu suchen sein.

Die bereits im 2. Embryonalmonate mit zwei kleinen Knochenlamellen zu beiden Seiten der unteren Partie des Septum beginnende Verknöcherung ist beim Neugeborenen schon so weit vorgeschritten, dass der Vomer eine längs der Crista maxillaris verlaufende Knochenrinne bildet, die sich bis zur Crista incisiva erstreckt. Die Form dieser Rinne ist derartig, dass sie von vorn nach rückwärts am Septum förmlich emporsteigt, wobei sie sich gleichzeitig so vertieft, dass die rückwärtige basale Partie der knorpeligen Scheidewand zwischen den beiden Seitentheilen der Rinne fest „eingefalzt“ ist, während der vordere Antheil in einer ganz seichten Furche ruht. Diese Verhältnisse lassen es erklärlich erscheinen, dass ein Abweichen des unteren Randes des knorpeligen Septum von der medianen Stellung in den vorderen Partien leichter als rückwärts stattfinden kann, besonders dann, wenn die an und für sich seichte Rinne so wenig ausgebildet ist, dass die Verbindung zwischen Knochen und Knorpel ein reiner Randcontact wird. Noch leichter kann dies geschehen, wenn die Knochenrinne zur Seite geneigt ist, so dass die Ränder des Knorpels und Knochens mit einander einen Winkel bilden; auch diese Anomalie in der Verbindung zwischen Knorpel und Knochen, wie sie zuerst von Löwenberg beim Erwachsenen beobachtet wurde, konnte A. beim Neugeborenen constatiren. Dazu kommt noch, dass der Knorpel in den vorderen Partien dünner als rückwärts, einem Ausbiegen zur Seite weniger Widerstand entgegensetzt.

Es ist demgemäss die bei Neugeborenen in der vorderen, unteren Partie des Septum auftretende Leisten- oder Spornbildung entweder allein durch den zur Seite gewichenen unteren Rand des Cartilago quadrangularis gebildet oder — bei zur Seite gewichener Crista — dadurch, dass die Verbindung zwischen Knorpel und Knochen nicht mehr in eine Ebene, sondern in einem Winkel erfolgt und dieser Ventrikel selbst — aus Knochen und Knorpel bestehend — die Leiste bildet. (Autoreferat.)

Hoffmann (Dresden) bespricht die Pathologie und Therapie der Kiefercysten und empfiehlt bezüglich der letzteren die breite Excision der Cystenwand. In zweien seiner Fälle mit Vorblähung der lateralen Nasenwand im Bereiche des unteren Nasenganges ist der Vortragende derart vorgegangen, dass er nach Entfernung eines grossen Stückes aus der facialen Cystenwand auch die laterale Nasenwand, soweit dieselbe vorgeblählt war, entfernte, die Höhle tamponirte, den Streifen zur Nase herausleitete und die faciale Schleimhautwunde primär schloss. Tamponade der Höhle 14 Tage lang von der Nase aus, dann Schluss der Behandlung.

Der Vortragende berichtet dann noch über 4 selbst beobachtete Fälle. Von diesen waren drei Zahnwurzelcysten, eine folliculäre, zwei waren innere, und zwei äussere Kiefercysten.

Ein Fall von Wangenabscess nach Kieferhöhleneiterung.

Durchbruch durch die vordere Kieferhöhlenwand nach acuter Exacerbation einer chronischen Kieferhöhleneiterung. Heilung.

Discussion:

Biehl (Wien) empfiehlt die Schleimhautbedeckung der äusseren Wand derartiger Cysten, von einem Kreuzschnitte aus loszupräpariren und die Enden zurückzuschlagen; sodann wird die darunter liegende Knochenwand abgetragen und die freiliegende Cystenwand vollständig entfernt. Ist dies geschehen, werden die lospräparirten Schleimhautlappen nach innen geschlagen und fest antamponirt, wodurch eine Auskleidung der Cyste mit Mundhöhlenepithel ermöglicht und ein Recidiv verhindert wird.

Imhofer (Prag) möchte unter Kiefercysten conform mit den meisten Autoren nur die vor der Kieferhöhle liegenden Cysten verstanden wissen, die andern als Kieferhöhlencysten bezeichnen. Er erwähnt einen einschlägigen Fall, den er mit Neumann (Prag) beobachtet hat, wo die starke Einsenkung der Wange nach Incision der Cyste seitens N.'s durch Paraffininjectionen behoben wurde.

Brügelmann (Berlin) bespricht seine an zahlreichen Fällen geübte Asthmatherapie. Das Asthma zerfällt in ein traumatisches, reflectorisches und toxisches. Das hysterische Asthma wird theils der ersten, theils der zweiten Gruppe zugetheilt.

Die Therapie des traumatischen Asthmas ist Eis, Ruhe, innerliche Ableitung, schlimmstenfalls Trepanation.

Für das Reflexasthma nasalen Ursprunges ist das souveräne Mittel der Galvanocauter; mit diesem sollen die asthmogenen Punkte, untere Muschel, Austrittsstellen des N. ethmoidalis, hypertrophische mittlere Muschel, energisch behandelt werden. Das Asthma pharyngeale erfordert Ausspülungen mit gebogener Spritze vom Munde her, sowie Behandlung der hinteren Rachenwand mit dem Cauter.

Beim Bronchialasthma empfiehlt B. Inhalationen mittels Waldenburg's Apparat durch ein von ihm angegebenes Mundstück aus Patentgummi, welches die Nase ausschaltet.

Inhalationsmittel: Salzlösungen mit Opium, Salmiaklösungen, später Tannin, Alaun.

Klimatische Curen.

Das Asthma dyspepticum, verminosum, uterinum, sexuale, hyperidrosicum, neurasthenicum etc. gehört nicht in den Rahmen unseres Specialfaches.

Symptomatisch empfiehlt B. Morphium mit Dionin. Rp. Dionin 1,00, Morph. mur. 0,1, Aq. destill. 10,00, davon eine halbe Pravazspritze, Jodkali mit kleinen Dosen Chloralhydrat, Atropin (wenn es vertragen wird), Antipyrin, Phenacetin, Räucherungen mit Strammonium, Elektricität.

Discussion.

Imhofer (Prag) warnt vor Anwendung des Galvanocauters bei Hypertrophien der mittleren Muschel, da diese häufig durch ein Nebenhöhlenempyem bewirkt werden und empfiehlt die Schlinge oder das Conchotom zu deren Beseitigung.

Zur Behandlung des Bronchialasthmas empfiehlt er Moorhofs Inhalator.

Krez (Reichenhall) warnt vor den unterschiedlichen Operationen in der Nase bei Asthma, da oft im Anschlusse daran heftige Anfälle auftreten.

Er bespricht den Nutzen der pneumatischen Kammer.

Medicamentös empfiehlt er Jodipin, räth Wechsel des Aufenthaltortes. Im Anfalle heisse Umschläge; nützlich erweist sich auch die Olbergische Pfeife.

Löwe (Berlin) bespricht seine Methode der Ausräumung der Nase von der Mundhöhle aus (publicirt in der Monatsschrift für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten 1902) und demonstrirt die entsprechenden Instrumente.

H. Löwy (Karsbad):

a) Ein Kieferhöhlenempyem bei Diabetes mellitus.

L. theilt einen Fall von Kieferhöhleneiterung dentalen Ursprungs nnd mehrmonatlicher Dauer mit, welcher, nachdem Extraction des schuldigen Zahnes vorausgegangen war, durch Punction und mehrere Ausspülungen nach Krause rasch zur Heilung gelangte. Im Anschluss daran erörtert L. die Beziehungen des Diabetes zu Mund, Hals und Ohr sowie die therapeutisch beachtenswerthen Momente, die sich aus der Combination ergeben.

b) Dysmenorrhoe geheilt nach nasaler Therapie.

Nach Beseitigung einer in die untere Muschel einschneidenden Spina, des entsprechend deviirten Septumabschnittes und der Muschel blieb eine lebenslange, über ein Decennium alte, heftige Dysmenorrhoe dauernd (seit $^1/_2$ Jahr) aus, d. h. die Menses wurden schmerzfrei, keine Hysterie; gynäkologischer Befund: Portio-Cervix-Einriss, Cervicalcanal und Cavum weit, leichte Endometritis und Metritis.

c) Adrenalin in der rhinootologischen Praxis.

L. giebt nach reichlicher, $^1/_2$jährigen Verwendung des Adr. von Parker Davis u. Co. einen mit den Mittheilungen anderer wesentlich conformen Bericht. Neben den therapeutischen Vorzügen der — ausschliesslich zur Beobachtung gelangten — Ischämisirung der Schleimhaut hebt L. insbesondere die diagnostischen hervor. Speciell ermögliche das Adr., zweckmässig nach Cocain applicirt, die Entscheidung, ob bei Verengerung der Nasen-Passage ohne Angehung des Nasenskelettes abzuhelfen sei.



d) Zur Inhalationstherapie,

L. berichtet über die Verwendbarkeit von Wasserdruckluftpumpen zum Betriebe eines Inhalatoriums. (Demonstration des Betriebes bei L.) Autoreferat.

Discussion. Ad. III. Berthold (Königsberg) hat eine schwere Nachblutung nach Operation mit Adrenalin beobachtet.

Heymann (Berlin) ist mit den Erfolgen des Adrenalins sehr zufrieden, betont aber, dass man auf Nachblutungen gefasst sein müsse.

v. Schrötter jr. (Wien). Demonstrirt einen Fremdkörper, der mittelst Bronchoskopie aus dem Hauptbronchus entfernt wurde.

Es handelte sich um eine 35jähr. Patientin der ein Stück eines Rindsknochens in die Luftröhre gelangt war. Ein Theil desselben wurde auf laryngoskopischem Wege gesehen und extrahirt, ein Theil rutschte in die Tiefe und konnte nicht mehr gesehen werden.

Der Eingriff wurde ohne Narkose in sitzender Stellung unter Lokalanaesthesie ausgeführt und das Rohr bis auf 29,5 cm von der Zahnreihe eingeführt, hierauf der Fremdkörper mittelst Pincette gefasst und extrahirt. Derselbe war am unteren Ende des Bronchialastes für den rechten Unterlappen gelagert. (Autoreferat.)

Imhofer (Prag).

IV. Briefkasten.

Eine Anfrage an unsere Leser:

„Soll der „Jahresbericht“ des Centralblattes beibehalten werden oder nicht?“

Im Jahre 1895 regte College A. Kuttner bei dem Herausgeber des Centralblatts die Frage an, ob es nicht wünschenswerth sei, einen „Jahresbericht“ einzuführen, der die Anschauungen aller Autoren, die in dem betreffenden Jahre zur Literatur unseres Faches beigetragen hätten, und die Gründe, auf welche sich ihre Anschauungen stützten, in möglichst präciser Form am Ende des Jahres zusammenstellen solle, um den Lesern des Blattes ihre Kenntnissnahme der Literatur noch fernerhin zu erleichtern.

Von dem Wunsche beseelt, Alles zu thun, was die practische Brauchbarkeit des Blattes weiter erhöhen könnte, ging der Herausgeber gern auf den Wunsch des geschätzten Collegen ein, und seither hat sich Dr. Kuttner, zunächst allein, später in Gemeinschaft mit den Herren E. Meyer und Katzenstein, der wirklich riesigen Mühe unterzogen, alljährlich die im Laufe des Jahres bis zur Novembernummer veröffentlichten Referate in einer Weise zusammenzustellen, die den von ihm in der Decembernummer des Jahres 1895 (Bd. XI S. 1005) präcisirten Grundsätzen entspricht.

Es sind seither sieben solcher Jahresberichte veröffentlicht worden, und die Zeit scheint nunmehr wohl gekommen, uns die Frage vorzulegen, ob die Berichte die auf sie gesetzten Hoffnungen weiterer Arbeitserleichterung unserer Leser erfüllt und dadurch für die sehr empfindliche Raumbeschränkung unseres Blattes entschädigt haben, die das unvermeidliche Resultat der Einführung dieser Berichte war.

Denn es darf nicht vergessen werden, dass der Jahresbericht stets eine volle und starke Nummer des Centralblatts, d. h. zum mindesten den zwölften Theil des überhaupt zur Verfügung stehenden Raumes, in Anspruch genommen hat. Und dies fällt bei unserem Blatte schwer ins Gewicht. Während der naturgemäss beschränkte Leserkreis und die verhältnissmässig sehr bedeutenden Uebersetzungskosten eine beträchtliche räumliche Ausdehnung vom finanziellen Standpunkte aus unmöglich machen, mehren sich von Jahr zu Jahr die Ansprüche, denen das Centralblatt nachzukommen. hat. Nicht dass die Zahl der laryngo-rhinologischen Arbeiten in stetem Wachsen begriffen wäre. Aber der Schwerpunkt der wissenschaftlichen Thätigkeit unseres Faches hat sich im Laufe der letzten zehn Jahre vollständig verschoben. Er liegt jetzt vorwiegend in den Specialgesellschaften und Congressen. Während der erste Jahrgang des Centralblatts Berichte über sechs derartige Sitzungen brachte, haben wir im Jahre 1901 über 27 solche Sitzungen zu berichten gehabt! Selbst diese Ziffer, die höchste bisher im Centralblatt erreichte, giebt noch keine richtige Vorstellung von der Anzahl der in jenem Jahre wirklich stattgehabten, unser Fach betreffenden Gesellschaftssitzungen. Und dabei ist die Anzahl der Specialgesellschaften noch heute in stetem Steigen begriffen, und ihre Verhandlungen sollten natürlich sämmtlich im Centralblatt berichtet werden.

Ein natürliches Resultat dieser Verhältnisse ist, dass wir zeitlich in betrübendem Grade mit manchen unserer wichtigsten Berichte zurück sind. So befindet sich, um nur ein paar Beispiele zu geben, das Manuscript der Referate über den ganzen letzten Jahrgang der Verhandlungen der Londoner laryngologischen Gesellschaft noch heute ungedruckt in den Händen des Uebersetzers; mit den Berichten über die Berliner laryngologische Gesellschaft steht es nicht viel besser und der Bericht über die im Mai 1901 abgehaltene Jahresversammlung der American Laryngological Association ist erst im November 1902 erschienen.

Das Alles widerspricht dem ersten Punkte des Programmes des Centralblattes: seinen Lesern „schnell, zuverlässig und übersichtlich Alles zu melden", was auf unserem Gebiete vor sich geht.

So leicht es ist, das einzusehen, so schwer ist es, Abhilfe zu schaffen. Wir müssen weiterhin, wie bisher, alles Einschlägige referiren, grössere Werke besprechen u. s. w. Manche Leser dürften bemerkt haben, dass die Leitartikel des Centralblatts seit geraumer Zeit sehr eingeschränkt, im letzten Jahre ganz fortgefallen sind. Es ist das geschehen, um Raum zu gewinnen — hat aber nichts genützt.

Jetzt, wo die Frage gebieterischer als je zuvor an den Herausgeber herantritt, was geschehen könne, um das ursprüngliche Programm einzuhalten, wünscht er die Leser des Centralblatts darüber zu consultiren, ob sie in den Jahresberichten des Blattes eine solche Erleichterung ihrer literarischen Thätigkeit gefunden haben, dass dieselbe für die aufgezählten Uebelstände compensirt?

Er selbst muss bekennen, dass er in dieser Beziehung starke Zweifel hegt, die von Jahr zu Jahr lebhafter geworden sind. Gewiss ist es sehr angenehm, belehrend und bequem, die literarische Ausbeute eines Jahres an seinem Schlusse von kundigen Händen übersichtlich zusammengestellt zu sehen, und sicherlich werden alle Leser des Centralblattes den Collegen, die sich jahraus, jahrein dieser grossen Mühe unterzogen haben, ebenso dankbar sein, wie er selbst es ist. Wenn aber die Grundfrage zur Entscheidung gestellt wird, die Frage nämlich, ob durch die Einführung der Jahresberichte die literarische Arbeitslast des einzelnen Lesers wesentlich erleichtert worden ist, so muss er doch ehrlich bekennen, dass diese Berichte, was Quellenforschung und Benutzung literarischer Referenzen anbetrifft, ihm im Wesentlichen nur eine ausführlichere Wiederholung des Inhaltsverzeichnisses darzustellen scheinen, auf dessen sorgfältige Herstellung jederzeit der grösste Werth gelegt worden ist. Dass ein so dringendes Bedürfniss für sie bestände, dass die Befriedigung desselben den Ver-

lust eines vollen Zwölftels des uns zu Gebote stehenden, an sich beschränkten Raumes aufwöge, vermag er nicht einzusehen.

Indessen ist das nur eine ganz persönliche Anschauung, die er den Lesern des Centralblatts nicht aufdrängen möchte. Ebenso wenig möchte er eine eingreifende Veränderung vornehmen, falls dieselbe von vielen Lesern als ein Rückschritt empfunden werden sollte. Dieses Blatt ist von ihm stets als ein genossenschaftliches angesehen worden. Es ist nur recht und billig, dass in dieser Frage womöglich jeder Leser ein Urtheil abgiebt.

Die Frage selbst, die der Herausgeber in völligem Einvernehmen mit den Collegen A. Kuttner, Katzenstein und E. Meyer nunmehr an jeden Leser des Centralblatts richten möchte, ist einfach: Sollen wir durch Fortfall des Jahresberichtes mit Sicherheit Raum zur schnelleren und ausführlicheren Berichterstattung, zumal der Gesellschaftssitzungen und der Discussion von Tagesfragen in Form von Leitartikeln, sowie für schnellere Besprechung grösserer Werke etc. gewinnen, oder sollen die Jahresberichte beibehalten und auf andere soweit nicht leicht zu ermittelnde Weise Beseitigung der gegenwärtigen Uebelstände angestrebt werden?

Der Herausgeber wird jedem Leser des Centralblatts dankbar sein, der ihm seine Meinung per Postkarte unter Adresse: Sir Felix Semon, 39 Wimpole Street, W. London, etwa in folgender Form:

Dr. . . . . stimmt für (hier ist entweder „Beibehaltung“ oder „Fortfall“ einzufügen) des Jahresberichts

so bald als möglich kundgeben will. Von dem Ergebniss dieser Abstimmung und den in Folge derselben gefassten Beschlüssen wird im Centralblatt seiner Zeit Kenntniss gegeben werden.

Der Herausgeber.

Aufruf zur Errichtung eines Denkmals für Rudolf Virchow.

Berlin, den 13. October 1902.
Rudolf Virchow's 81. Geburtstag.

Unser Virchow wurde uns am 5. September d. Js. durch den Tod entrissen.

Von allen Seiten ist der Wunsch laut geworden, als Zeichen unserer Dankbarkeit und zur Aufmunterung für zukünftige Geschlechter ihm in Berlin, der Stätte seiner Entwickelung und Hauptwirksamkeit, an öffentlicher Stelle ein Denkmal zu errichten.

Das Comité, welches ihm an seinem 80. Geburtstage die Virchow-Stiftung überreichte, hat es übernommen, diese Aufgabe auszuführen und richtet deshalb an die Schüler, Collegen, Verehrer und Freunde unseres grosssen Meisters Rudolf Virchow die Bitte, sowohl selbst einen Beitrag zu spenden, als auch in ihren Kreisen zu Beiträgen aufzufordern.

Unser Schatzmeister, Herr Geh. Commerzienrath E. von Mendelssohn-Bartholdy, ist bereit, solche unter der Adresse: Bankhaus Mendelssohn u. Cie., Berlin W., Jägerstrasse 49/50, in Empfang zu nehmen. Auch liegen Listen in den Buchhandlungen A. Asher u. Co., Berlin W., Unter den Linden 13, A. Hirschwald, Berlin NW., Unter den Linden 68, und Georg Reimer, Berlin W., Lützowstr. 107/108, sowie beim Custos des Langenbeck-Hauses, Herrn Melzer, Berlin NW., Ziegelstr. 10/11, aus.

Alle Mittheilungen, soweit sie nicht die Einzahlung von Beiträgen betreffen, bitten wir an unseren Schriftführer, Herrn Prof. Dr. Posner, Berlin SW., Anhaltstrasse 7, zu richten.

Der geschäftsführende Ausschuss:

W. Waldeyer, Dr. med., leg., phil., Professor an der Universität, Mitglied u. best. Secretär der Academie der Wissenschaften, Vorsitzender des Ausschusses. B.

Fraenkel, Dr. med., Prof. an der Universität, Geh. Med.-Rath, Stellvertreter des Vorsitzenden. M. Bartels, Dr. med., pr. Arzt, Geh. San.-Rath, Beisitzer. O. Israel, Dr. med., Prof. an d. Univ., I. anatom. Assistent am Pathol. Inst., Beisitzer. E. v. Mendelssohn-Bartholdy, Geh. Comm.-Rath, Schatzmeister. C. Posner, Dr. med. et phil., Privatdocent an der Univ., Prof., Schriftführer.

(Es folgen hier die weiteren Namen der Mitglieder des geschäftsführenden Ausschusses und des Comités. Red.)

G. Hunter Mackenzie †.

Am 11. November 1902 verstarb zu Edinburgh im Alter von 53 Jahren unser geschätzter schottischer Specialcollege Dr. G. Hunter Mackenzie an einem chronischen Nierenleiden. Der Verstorbene fungirte nach Absolvirung seiner Examina längere Zeit als Sir Morell Mackenzie's Assistent im Throat Hospital, Golden Square, London; liess sich im Jahre 1879 als Specialarzt für Halskrankheiten in Edinburgh nieder, und machte sich schnell durch literarische und practische Thätigkeit einen Namen. Sein Hauptwerk war: „Eine practische Abhandlung über das Septum".

Personalnachrichten.

Prof. Dr. P. Pieniazek, Vorstand der laryngologischen Klinik in Krakau, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden. (Monatsschrift für Ohrenkrankheiten.)

Dr. Edmund Meyer (Berlin), erster Assistent der Kgl. laryngologischen Klinik, hat den Professortitel erhalten.

Dr. J. Malcolm Farguharson ist zum Leiter der Halsabtheilung des Specialhospitals für Augen-, Ohren- und Halskrankheiten an Stelle des verstorbenen Dr. Hunter Mackenzie ernannt worden. (Journ. of Laryngology.)

Druck von L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIX. Berlin, Februar. 1903. No. 2.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, Medicamente etc.

1) **Swershhowski. Die Bedeutung des Unterrichts der Zahnheilkunde in der medicinischen Facultät. (Snatsch. prepod. subn. bolesn. san med. facult.)** Antritts-Vortrag. *Wrat. Gaz. 1902. No. 7.*

Die Nothwendigkeit des Unterrichts der Zahnheilkunde darlegend recurrirt S. auf die Geschichte der Medicin und weist darauf hin, dass sehr verschiedene Disciplinen das Schicksal der Zahnheilkunde theilten. Einen Zusammenhang der Zahnheilkunde mit der allgemeinen Medicin kann kein Mensch leugnen. Die meiste Berührung findet statt mit der Ophthalmologie, Oto-rhino-laryngologie und den Magenkrankheiten. P. HELLAT.

2) **Hopmann. Casuistische Mittheilungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 41. 1901.*

H. theilte in der Vereinigung Westdeutscher Hals- und Ohrenärzte mehrere Fälle mit, und zwar einen Fall von Kirschkernrhinolith, einen Fall halbseitiger Zungenphlegmone und einen Fall von idiopathischem Retropharyngealabscess. SCHECH.

3) **Ribera** (Madrid). **Exstirpation einer Geschwulst am Halse; Durchschneidung des Pneumogastricus; Heilung. (Exstirpacion de un tumor del cuello; reccion del pneumogastrica, curacion.)** *Revist. de Medic. y Cirug. Pract. No. 7. Mayo 1901.*

Bei der genannten Exstirpation des Tumors, eines circumscripten Epithelioms, musste Verf. den Pneumogastricus durchschneiden; aber es war nicht nöthig, denselben theilweise zu exstirpiren. Nach der Exstirpation erfolgte die Nervennaht. Als nachfolgendes Symptom war anfangs intensive Aphonie vorhanden, nachher doppeltönende Stimme und Erstickungsanfälle. Nach und nach trat vollständige Heilung ein. R. BOTEY.



4) **A. Bartumens** (Barcelona). **Branchialcyste des rechten Oberschlüsselbeinknochens. (Quiste branquial del Ameso supraclavicular derecho.)** *Revist. de Cienc. Medic. de Barcelona. Mayo 1901.*

Genannte Cyste bestand seit 4 Jahren und hatte die Grösse einer grossen Nuss. Neben den Symptomen der Neubildung bestanden diejenigen der Compression der Carotis und Jugularis, Pneumogastricus und wahrscheinlich des Halssympathicus, ferner Schluckbeschwerden, etwas Schmerzen und Respirationsstörungen. B. entleerte zuerst mittelst Punction 830 g einer klaren, sero-fibrinösen Flüssigkeit. Als aber nach 14 Tagen der Cystensack sich wieder füllte, wurde derselbe exstipirt. Die Patientin wurde rasch gesund.

R. BOTEY.

5) **Sigurd Sjövall** (Schweden). **Ueber branchiogene Halscysten. (Om brankiogena halscystor.)** *Hygica. Decbr. 1901. p. 539.*

Verf. theilt einen Fall von einer branchiogenen, circa Gänseeigrossen Cyste mit, die er aus der Regio carotidea sinistra einer 32jährigen Frau exstirpirt hatte. Die Cystenwand war aus drei Schichten aufgebaut: 1. Einer äusseren Bindegewebsschicht; 2. einer mittleren Schicht, die sich durch ihren Reichthum an adenoidem Gewebe kennzeichnete; 3. einer inneren Epithelschicht.

Die Arbeit hat hauptsächlich chirurgisches Interesse.

E. SCHMIEGELOW.

6) **W. M. L. Coplin** und **T. Coles Brick. Eine Branchialcyste, an deren Wand ein kleines Haemangiom sass. (A branchial cyst, the wall of which contained a small hemangioma.)** *Philadelphia Medical Journal. 26. April 1902.*

Nichts bemerkenswerthes, ausser dass die Branchialcyste ein wandständiges Haemangiom trug.

EMIL MAYER.

7) **Ch. Ghika. Studie über die Thymus. (Etude sur le thymus,)** *Thèse de doctorat en méd. Paris 1901.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

8) **F. Livini. Paratiroidi et lobuli thymici.** *Centralbl. f. Physiol. 7. December 1901.*

Die Glandulae parathyroideae sind zusammengesetzt aus Epithelzellen, die als echte Drüsenzellen aufzufassen sind. Dieselben speichern zwei verschiedene Stoffe auf, einen colloidähnlichen, der in Form von Granulis auftritt und sich mit Methylgrün färbt, sowie einen zweiten, der in Form sehr feiner Granula auftritt und sich mit Säurefuchsin roth färbt.

Es giebt eine vollkommene Uebereinstimmung zwischen den in der Parathyreoidea und in der Thyreoidea stattfindenden Sekretionsvorgängen. Das Sekret der Parathyreoidea und Thyreoidea wird in die lymphatischen paracellulären Räume ergossen und gelangt durch den Lymphstrom in die Blutbahn.

J. KATZENSTEIN.

9) **A. Civarelli. Ueber die Glandulae parathyreoideae des Menschen. (Sulle Glandulae parathyroideae dell'uomo.)** *Policlinico. Anno 9. Vol. 9. Fasc. 3. p. 97/109.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.



10) **Eiselsberg** (Wien). **Accessorische Schilddrüse.** (Krankenvorstellung in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 10. Januar 1902.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 3. 1902.*

Eine accessorische Schilddrüse in der Regio subhyoidea functionirt an Stelle der total exstirpirten Schilddrüse.

CHIARI.

11) **C. E. Benjamins. Ueber die Glandulae parathyreoideae (Epithelkörperchen).** (Aus dem Boerhaave-Laboratorium zu Leiden.) *Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. XXI. 1. 1902.*

Die Glandula parathyreoid. hat bei Thieren eine physiologische Bedeutung, welche noch nicht näher bekannt ist. Obwohl eine Zusammenwirkung mit der Schilddrüse nicht unmöglich ist, so äussert sie sich doch in einer anderen Richtung.

Das Organ hat eine selbstständige Anlage, die beim Menschen wahrscheinlich in der vierten Kiementasche zu finden ist. Es kommt constant paarig vor, meistens beiderseits in doppelter Anzahl, und zwar innerhalb gewisser Grenzen an einer bestimmten Stelle.

Es hat von den frühesten Stadien an einen von der Thyreoidea verschiedenen Bau.

In bestimmten Variationen der Zellformen wäre das Substrat der Function zu suchen. Das Colloid ist dabei Nebenproduct. Bei regressiven sowohl wie bei progressiven Veränderungen der Schilddrüse bleibt die Glandula parathyreoid. normal oder verändert sich nur insoweit, als sie auf mechanischem Wege in ungünstige Verhältnisse gebracht wird.

Sie kann zur Entstehung von malignen Tumoren Veranlassung geben.

Sie findet sich an der hinteren Fläche der Seitenlappen der Schilddrüse oder in der Nähe des unteren Randes derselben, hat eine plattgedrückte Form: ihr grösster Durchmesser beträgt 3—15 mm, der grösste Dickendurchmesser manchmal kaum 2 mm; sie sieht bräunlich aus; ihre Gefässversorgung geschieht aus der Art. thyreoid. inf.

A. ROSENBERG.

12) **Emmerich. Vergleichende Untersuchungen über die Leistung verschiedener Inhalationssysteme.** *Münch. med. Wochenschr. No. 26. 1901.*

Emmerich prüfte die Apparate von Clar, Reitz, Wassmuth, Bulling auf die Grösse der bei der Zerstäubung entstehenden Tröpfchen, auf die Zahl der Tröpfchen in der Luft der Inhalationsräume, auf die Menge der in die tieferen Theile der Luftwege gerathenen Tröpfchen, ferner auf die Möglichkeit, ob die durch Zerstäubung erzeugten feinsten Tröpfchen in die Alveolen gelangen, und kam zu dem Urtheil, dass der Bulling'sche Apparat allen diesen Anforderungen am besten entspricht.

SCHECH.

13) **Wassmuth. Vergleichende Untersuchungen über die Leistungsfähigkeit verschiedener Inhalationssysteme.** *Münch. med. Wochenschr. No. 34. 1901.*

Entgegnung auf den Artikel Emmerich's mit Details, die im Original nachzulesen sind.

SCHECH.



14) **Bulling. Ein neuer Zerstäubungsapparat für Inhalatorien.** *Münch. med. Wochenschr. No. 26. 1901.*

Die Beschreibung des Apparates muss im Original gelesen werden, wo auch die erläuternde Zeichnung nachzusehen ist; der Apparat bezweckt möglichst feine Zerstäubung der Inhalationsflüssigkeit.

SCHECH.

15) **L. Frey** (Wien). **Beiträge für Inhalationstherapie.** *Wien. med. Wochenschr. No. 16. 1902.*

Empfehlung des Bulling'schen Systems, welches durch die Zuführung von Pressluft nach Versuchen Emmerich's im Stande sein soll, Flüssigkeiten auch in die Lungenalveolen zu stäuben, woselbst sie dann eine directe Wirkung ausüben können.

CHIARI.

16) **Henning. Aspirationsprothesen.** (Verhandlungen der Wiener dermatol. Gesellschaft, 23. October 1901.) *Wien, klin. Woschenschr. No. 6. 1902.*

Erklärung des Principes der aus Celluloid verfertigten Aspirationsprothesen, mit denen durch die Saugwirkung verdünnter Luft die Hebung von Hauteinziehungen erzielt wird. Diese Luftverdünnung erfolgt durch einen Saugballon, der mit einem an die Prothese angefügten Glasröhrchen durch einen Schlauch verbunden ist.

CHIARI.

17) **E. Bour. Acute Cocainvergiftung. (L'empoisonnement aigu par la cocaïne.)** *Thèse de Paris. 1901.*

Verf. sammelte 69 Fälle von Cocainvergiftung, von denen 16 tödtlichen Verlauf genommen hatten. Im Allgemeinen beherrschten synkopeartige Zustände das Krankheitsbild, und man soll deshalb in Vergiftungsfällen den Kranken liegen lassen, um die gefährlichen Ohnmachten zu vermeiden; ausserdem lasse man Amylnitrit einathmen, verordne schwarzen Kaffee, Aetherinjectionen und Diuretica.

PAUL RAUGÉ.

18) **L. Barajas** (Madrid). **Ueber eine ungewöhnliche Toleranz für Cocain. (Tolerancia inusitada de la cocaina.)** *Revist. de Especialid. Medic. No. 5. Mayo 1901.*

Eine 30jährige Patientin hatte aus Versehen 2 Pulver von Cocainum mur. à 80 cg jedes zu sich genommen. Fünf Tage nachher traten Symptome von Herzcollaps auf. B. wandte mit Erfolg Amylnitrit an, Injectionen von Coffein, präcordiale Faradisation etc. Verf. führt die Toleranz für Cocain auf eine in der Magenschleimhaut hervorgerufene Ischämie zurück, welche die letztere in Parese versetzte und so für die Absorption absolut unmöglich machte.

R. BOTEY.

19) **E. Kapelusch** (Biala). **Zur Concainanalgesie.** *Wien. med. Wochenschrift. No. 12 u. 13. 1902.*

Zusammenstellung einiger Arbeiten über die Toxikologie des Cocains.

CHIARI.



b. Nase und Nasenrachenraum.

20) **H. v. Schrötter. Rhino-laryngologische Mittheilungen.** *Mon. f. Ohrenheilkunde. No. 10. 1901.*

H. Schr. demonstrirte auf der 73. Versammlung deutscher Naturforscher zu Hamburg eine Reihe interessanter Fälle, so z. B. einen Fall, bei dem man von der Nase aus mit der Sonde in die spontan eröffnete Schädelhöhle gelangen konnte; ferner einen Fall von äusserst grossem Kehlkopfpapillom, einen Fall von acutem Oedem bei Nephritis, einen Fall von chronischem Pemphigus, Sklerom, geheilter Tuberculose, Actinomycose, Carcinom, Sarcom des Kehlkopfes, Verengerungen der Luftröhre, primärem Trachealcarcinom, primärer Tuberculose der Trachea, Oesophagusdivertikel und Verlöthung des Kehlkopfes mit der hinteren Pharynxwand und andere Raritäten.

SCHECH.

21) **H. Strasser. Ueber die Entwickelung der Nasenhöhlen und des Skeletts der Nase. (Sur le développement des cavités nasales et de squelette du nez.)** *Arch. des Sc. physiques et naturelles. Genève 1901. No. 12. p. 609—622.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

22) **Neumayer. Ueber den Luftwechsel in den Nebenhöhlen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 12. 1901.*

N. stellte Untersuchungen an Patienten mit eröffneten Kieferhöhlen an und fand, dass bei ruhiger Athmung und bei Durchgängigkeit beider Nasenhälften zwar keine beträchtlichen, doch immer deutlich kenntliche Druckschwankungen in den Nebenhöhlen zu Stande kommen, und zwar entsteht bei der Inspiration regelmässig negativer, bei der Exspiration positiver Druck. Bei Vertiefung der Athmung oder bei Verschluss eines Nasenloches wächst der Druck sehr beträchtlich, am meisten beim Niesen, auch konnten einige Male kleine Druckschwankungen beim Sistiren der Athmung beobachtet werden. Es bedarf einiger Minuten Zeit, bis durch die Druckschwankungen ein vollkommener Luftwechsel in den Nebenhöhlen zu Stande kommt.

SCHECH.

23) **Max Scheier** (Berlin). **Ueber einige Anomalien der Nebenhöhlen der Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. XII. S. 296. 1901.*

Sch. demonstrirt einige Anomalien der Nebenhöhlen, deren Kenntniss in vorkommenden Fällen von Bedeutung sein kann. Ein Präparat von doppelter Keilbeinhöhle, sowie die Zweitheilung der Stirnhöhle werden ausführlich besprochen. Vollkommenes Fehlen der Stirnhöhle constatirte Sch. unter 100 Schädeln von Erwachsenen nur 2mal.

F. KLEMPERER

24) **Minder** (St. Gallen). **50 Sectionsbefunde der Nase und deren Nebenhöhlen unter Berücksichtigung der Gesichtsschädelmaasse.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. XII. S. 328. 1902.*

M.'s craniometrische Messungen, die auf der Klinik von Prof. Siebenmann vorgenommen sind, bestätigen die Untersuchungen von Siebenmann-Grosheintz, wonach mit allgemein schmaler Obergesichtsbildung (Leptoprosopie) in

der Regel eine schmale Nasenhöhle (Leptorhinie) und mit breiter Obergesichtsbildung (Chomaeprosopie) eine breite Nasenhöhle (Platyrhinie) verbunden ist. Die mikroskopische Untersuchung der Nasenhöhlen ergab nur in 14 Fällen normalen Befund, bei 12 Autopsien wurden entzündliche Veränderungen, bei 12 Uebergangsepithel und bei 14 Metaplasie gefunden. Die letztere fand sich unter 38 Leptoprosopen 11 mal (29 pCt.), unter 12 Chomaeprosopen 3 mal (25 pCt.), also entsprechend der Annahme Siebenmann's bei Schmalgesichtern (und Leptorhinie) ebenso häufig, als bei Breitgesichtern (und Platyrhinie).

Unter den Chomaeprosopen fand sich in 8,3 pCt., unter den Leptoprosopen in 10,5 pCt. Muschelschwund und Metaplasie; der Muschelschwund bei der Metaplasie der Schleimhaut ist danach nicht an eine besonders grosse Weite der Nasenhöhlen gebunden. Die 14 Fälle von Metaplasie zeigen 6 mal (42 pCt.) und die 5 Fälle von Ozaena 3 mal (60 pCt.) gleichzeitig Nebenhöhleneiterungen; also ungefähr die Hälfte der Ozaenafälle — der manifesten wie der latenten — weist gleichzeitig Nebenhöhleneiterung auf. Einen ätiologischen Zusammenhang zwischen Ozaena und Empyem negirt M. Die verschiedenen Nebenhöhlen sind ziemlich gleichzeitig betheiligt, ein Vorherrschen von Keilbein- oder Siebbeinerkrankung bei der Combination von Ozaena und Empyem, wie es Grünwald annahm, liegt nicht vor.

F. KLEMPERER.

25) J. M. Ingersoll. **Sinusitis nasi und Otitis media nach Influenza. (Sinusitis nasi and otitis media following influenza.)** *Cleveland Journal of Medicine. October 1901.*

Mittheilungen allgemeiner Natur.

EMIL MAYER.

26) **Rudolphe Boulet. Entzündungen oder Eiterungen der Gesichtshöhlen. (Sinusites ou suppurations des cavités de la face.)** *L'union Medicale du Canada. December 1901, Januar 1902.*

Sorgfältiges und ausführliches Resumé bekannter Thatsachen.

EMIL MAYER.

27) **Löhnberg** (Hamm i. W.). **Zwei Fälle von Fremdkörpern in Nasennebenhöhlen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 45. 1901.*

In dem einen Falle gelang es L., aus dem Siebbein, das von Polypen ganz umwuchert war, ein Stück Eisenplatte zu entfernen, das von einem vor 20 Jahren geplatzten Gewehrlauf herrührte. Im zweiten Falle hatte sich nach einem Schlage auf die Stirn ein Stirnhöhlenempyem entwickelt, das von aussen operirt wurde; bei der Eröffnung fand sich ein Stück schwarzen Filzes, das von der Kopfbedeckung des Kranken stammte und bei der damals erlittenen Verletzung in die Höhle gelangt war.

SCHECH.

28) **J. K Hamilton** (Adelaide, S.-Australien). **Ein Fall von Sarkom der Nase, der Nebenhöhlen und des Kehlkopfs. (A case of sarcoma of the nose accessory sinuses and larynx.)** *Australasian Medical Gazette. 20. November 1901.*

Die Erkrankung entwickelte sich im Anschluss an Influenza bei einer 22jäh-

rigen Frau. Bis zu dem Influenzaanfall, 6 Wochen vor ihrem Tode, war sie völlig gesund.

A. T. BRADY.

29) C. Compaired (Madrid). **Ueber die chronischen Entzündungen des Stirnsinus und die Ogston-Luc'sche Operation. (Sobre la sinusitis frontal cronica y la operacion Ogston-Luc.)** *Revist. Ibera-Americ. de Cienc. Medic. Decbr. 1900.*

C. erwähnt zwei Fälle von radicaler Operation der Sinusitis frontalis mit Heilung ohne Revidiv, wobei er seine von ihm erdachten Meissel und Sonde zur Anwendung brachte. Dem Berichte sind Photographien, betreffend die beiden Patienten vor und nach der Operation, sowie die der neuen Instrumente beigefügt.

R. BOTEY.

30) J. Cisneros (Madrid). **Doppelte Sinusitis fronto-maxillaris. (Sinusitis fronto-maxilar doble.)** *Boletin de Laringolog., Otolog. etc. No. Enero. Febrero 1901.*

Es handelte sich um eine doppelseitige Entzündung der Stirn- und Kiefersinus, welche mit einander in Verbindung standen. Verf. führte die Radicaloperation aus, wobei er behufs besseren Abflusses des Secrets die Luc'schen Röhren anwendete. Es erfolgte Heilung.

R. BOTEY.

31) G. E. Shambaugh. **Ein Fall von latenter Stirnhöhlenentzündung. (A case of latent frontal sinusitis.)** *Chicago Medical Recorder. 15. Januar 1902. Journal American medical Association. 1. Februar 1902.*

Bericht über einen Fall.

EMIL MAYER.

32) Batut. **Mucocele der rechtsseitigen Stirnhöhle. (Mucocèle frontale droite.)** *Société de chirurgie de Lyon. 27. December 1901.*

Es handelt sich um einen Tumor der oberen inneren Orbita, welcher den rechten Bulbus verdrängte. Pat. war schon vor 3 Jahren von einem ähnlichen Tumor operirt worden. Die Incision liess eine klare, fadenziehende Flüssigkeit austreten.

PAUL RAUGÉ.

33) Tresp (Stabunken). **Zur Casuistik des Empyems der Stirnhöhlen.** *Dissert. Greifswald 1901.*

Unter 10 in der Augenklinik zu Greifswald beobachteten Fällen waren 3, in welchen es sich um gleichzeitige Vereiterung mehrerer Nebenhöhlen der Nase handelte, alle anderen Empyeme waren einseitig und betrafen bald den rechten, bald den linken Sinus. In den ersten 9 Fällen wurde die Operationsmethode nach Kuhnt angewandt, während Fall 10 ohne operativen Eingriff geheilt ist.

SEIFERT.

34) G. L. Richards. **Empyem der Stirnhöhle; einige Beobachtungen über die Behandlung. (Empyema of the frontal sinus; some observations on its treatment.)** *N. Y. Medical Journal. 5. October 1901.*

Die Lebensgefahr bei Stirnhöhlenempyem ist sehr gering. Findet man bei der Probepunction keinen Eiter, so müssen die vorderen Siebbeinzellen als Eiterquellen angesehen werden. Durchleuchtung ist oft werthvoll. In der Regel muss

präliminär die ganze vordere Hälfte der mittleren Muschel entfernt werden. Bei genügend gründlicher Drainage pflegen derartige Fälle zu heilen. Wenn schon lang dauernder Ausfluss und Polypen bestehen, ist die Wahl der Behandlungsmethode schwieriger. Die besten Resultate erzielte Verf. mit Spülungen von Sublimatlösungen 1:10000. Die Operation kommt in Frage, wenn septische Erscheinungen und cerebrale Reizungen eintreten. Verf. bevorzugt die Eröffnung von aussen, curettirt, drainirt die Wunde mit gefenstertem Kautschukdrain und hält sie eine Zeit lang offen.

LEFFERTS.

35) **G. L. Richards. Empyem der Stirnhöhle. (Empyema of the frontal sinus.)** *American Journal Medical Sciences. März 1902.*

Beobachtungen des Verf.'s mit einem Resumé über die verschiedenen Operationsmethoden.

EMIL MAYER.

36) **Max Doeplitz. Ein klinischer Beitrag zum Studium des Stirnhöhlenempyems. (A clinical contribution to the study of empyema of the frontal sinus.)** *Laryngoscope. April 1902.*

Der Titel erklärt den Inhalt.

EMIL MAYER.

37) **H. Bert Ellis. Empyem der Stirnhöhle. (Empyema of the frontal sinus.)** *Medical Age. 25. Mai 1902.*

Bericht über 3 Fälle.

EMIL MAYER.

38) **N. L. Wilson. Empyem der Siebbein- und Stirnhöhlen. (Empyem of ethmoidal and frontal sinuses.)** *Archives of Otology. April 1902.*

Es handelt sich um eine 72jährige Frau.

EMIL MAYER

39) **Alex. Baurowicz** (Krakau). **Ein Fall von Mucocele des Siebbeinlabyrinthes mit Veränderungen in der Augenhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryng. u. Rhinol. Bd. XII. S. 303. 1901.*

Der rechte Augapfel war nach vorn und etwas nach aussen verdrängt; an der inneren Augenhöhlenwand, am bequemsten durch das untere Augenlid, fühlte man eine ovale Geschwulst von Bohnengrösse, glatt, elastisch, auf Druck leicht empfindlich. In der rechten Nasenhöhle constatirte B. eine Hervorwölbung an der unteren Fläche der mittleren Nasenmuschel, die den ganzen sichtbaren Theil des mittleren Nasenganges einnahm, wobei das vordere Ende der mittleren Muschel wie in die Höhe geschoben schien. Beim Versuch mit der Sonde, die Elasticität der nasalen Geschwulst festzustellen, dringt B. unter leichtem Brechen der Wandung ohne Kraftanstrengung in eine Höhle, wobei der Kranke einen Schmerz in der Augenhöhle empfindet: beim Herausziehen der Sonde quillt ein Tropfen grauen trüben Inhalts nach. Der Kranke entzieht sich aus äusseren Gründen längere Zeit der Beobachtung; als B. ihn wiedersieht, ist die Geschwulst in der Nase, wie die an der inneren Augenhöhlenwand verschwunden, der Augapfel steht normal. Der Pat. giebt an, dass er die nächsten Tage nach dem Sondiren beim Schneuzen anfangs reichlich, später spärlicher ein schleimiges Secret entleerte und dass dabei die Erscheinungen zurückgingen. — B. nimmt eine einkammerige Höhle des vorderen Siebbeinlabyrinthes an und ist geneigt, deren

Ursprung eher auf eine Knochencyste, als auf cystische Degeneration der Schleimhaut zurückzuführen. F. KLEMPERER.

40) T. F. Pooley. **Frontal- und Siebbeinerkrankung mit Abscess der Orbita. (Frontal and ethmoidal disease with abscess of the orbit.)** *N. Y. Medical Journal. 5. October 1901.*

Beschreibung eines derartigen Falles bei einem 19jährigen jungen Menschen, der durch Operation geheilt wurde. LEFFERTS.

41) Douglass. **Die Beziehung der Siebbeinzellen zur Keilbeinhöhle mit besonderer Berücksichtigung der Sinus im kleinen Keilbeinflügel.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 9. 1901.*

Beschreibung von 10 Fällen von Sinus des kleinen Keilbeinflügels, deren practische Bedeutung in der Möglichkeit ihrer Erkrankung liegt; die Details sind im Original nachzulesen. SCHECH.

42) Jonothan Wright. **Erfolgreiche Operation an einem einseitigen Empyem der Keilbeinhöhle. (Successful operation on a unilateral isolated empyema of the sphenoidal sinus.)** *Laryngoscope. Februar 1902.*

Titel giebt den Inhalt. EMIL MAYER.

43) E. Toumire. **Anatomische Untersuchungen über die Oberkieferhöhle; Diagnose und Behandlung des latenten Empyems durch die natürliche Oeffnung. (Considérations anatomiques sur le sinus maxillaire; diagnostic et traitment de l'empyème latent par l'orifice naturel.)** *Thèse de doctorat en méd. Paris 1901.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

44) Reitter. **Empyema antri Highmori und Peritonitis acuta.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 8. 1901.*

Tödtlich verlaufener Fall von acuter eitriger Peritonitis, den R. deshalb nicht als primär betrachten möchte, weil sich bei der Section ein Eiterherd in der Kieferhöhle vorfand und die Möglichkeit der Einwanderung der Eitererreger auf hämatogenem Wege oder durch Verschlucken des Kieferhöhlensecretes in Betracht zu ziehen ist. SCHECH.

45) Herschel. **Ueber Kieferhöhleneiterung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 35. 1901.*

Vortrag im ärztlichen Verein zu Halle a/S. mit allgemeinen Bemerkungen über Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie. Bei putridem Eiter empfiehlt H., dem Spülwasser Wasserstoffhyperoxyd zuzusetzen, das weniger reize als die Höllensteineinspritzungen, die namentlich von Hajek empfohlen werden. SCHECH.

46) Victor Alsen. **Zur Therapie der chronischen Kieferhöhlenempyeme mit Angabe unserer Operationsmethode.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. XII. S. 227. 1901.*

Verf. berichtet über die von Gerber (Königsberg) geübte Behandlung des

chronischen Kieferhöhlenempyems. Die Eröffnung findet von der Alveole statt und die Spülung mit schwachen Lösungen von Kali permanganicum, Sublimat (1:5000) oder Borsäure wird in den ersten Wochen täglich, mitunter auch 2mal am Tage, später in kleineren oder grösseren Zwischenräumen, anfangs vom Arzte, bald vom Patienten monatelang fortgeführt. Auf diese Weise wird man „immerhin eine ganze Reihe von chronischen Kieferhöhleneiterungen schliesslich zur Heilung bringen". Tritt aber nach wochen- und monatelangem Ausspülen kein Nachlass der Beschwerden und der Eitersecretion ein, so wird in der Chloroformnarkose die Höhle von der Fossa canina aus nach Desault-Küster breit eröffnet und mit dem scharfen Löffel gründlich ausgekratzt, dann wird mit einem abgebogenen scharfen Löffel die nasale Wand im mittleren Nasengang durchstossen und diese Oeffnung genügend erweitert, so dass sie bequem für den Zeigefinger durchgängig ist, und durch Abtragen von Schleimhautfetzen und Knochentheilchen geglättet. Nachdem ein grosser Jodoformgazestreifen von der Kieferhöhle aus durch die nasale Gegenöffnung geführt ist, wird zum Schluss die orale Wunde durch dichte, sorgfältig angelegte Nähte, die durch Schleimhaut und Periost geführt werden, vernäht. — Nach den Erfahrungen in Gerber's Ambulatorium, wo von 28 exquisit chronischen Empyemen der Highmorshöhle bei 11 die Operation in der geschilderten Weise vorgenommen wurde, heilt die orale Wunde in der Regel primär innerhalb 8 Tagen. Bezüglich des Verlaufs des Empyems sind die Resultate in jeder Hinsicht befriedigende: die Beschwerden verschwinden vollständig, die Secretion wird bald sehr gering und schliesslich ist nur noch in den Zwischenräumen von einigen Monaten ein wenig Schleim aus der Höhle auszuspülen; im Laufe der Zeit tritt, wie sich durch Sondirungen feststellen liess, eine bedeutende Verkleinerung, ja nahezu Obliteration der Höhle ein. — Verf. empfiehlt das Verfahren, von dem er übrigens nicht verkennt, dass es eine Art von Resignation bedeutet, weil es rascher und bequemer zu dem überhaupt zu erreichenden Ziele führt, als die bisher geübten Kieferhöhlenoperationen. Als radical sieht er keines der bekannten Verfahren an, weder die älteren noch sein eigenes, weil eine radicale Operation die völlige Verödung der Höhle durch Narbengewebe zur Folge haben müsste.

F. KLEMPERER.

47) A. G. Wippern. **Drei hartnäckige Fälle von Kieferhöhlenempyem mit Heilung durch Nargolinjectionen. (Three obstinate cases of empyema of the maxillary antrum, cured with injections of solutions of nargol.)** *N. Y. Medical News. 9. November 1901.*

Verf. erzielte bei 3 derartigen Fällen durch Injectionen mit $^1/_4$ proc. Lösungen von Nargol günstige Heilerfolge.

LEFFERTS.

48) Norval H. Pierce. **Behandlung gewisser eitriger Erkrankungen der Kieferhöhle durch die natürlichen Oeffnungen. (Treatment of certain purulent conditions of the antrum of Highmori through the natural openings.)** *Philadelphia medical Journal. 21. December 1901.*

In allen Fällen soll man, ehe man operirt, erst versuchen, ob man nicht durch Behandlung vom natürlichen Wege aus der Erkrankungen Herr werden kann.

EMIL MAYER.

49) John A. Thompson. **Acute Eiterung in der Kieferhöhle, durch die natürlichen Zugangswege behandelt. (Acute suppuration in the maxillary antrum treated through the normal opening.)** *Cincinnati Lancet Clinic. 15. März 1902.*

Mittheilung eines Falles. EMIL MAYER.

50) L. C. Cline. **Eitrige Erkrankungen der Kieferhöhle und ihre Diagnose. (Suppurative disease of the antrum of Highmori and its diagnosis.)** *Indiana Medical Journal. Mai 1902.*

Nichts besonderes. EMIL MAYER.

51) Gavello. **Ein Instrument für die Radicaloperation chronischer Oberkieferhöhlceneiterungen nach der Caldwell'Luc'schen Methode. (Uno strumento per l'operazione radicale delle sinusiti mascellari chroniche col processo Caldwell-Luc.)** *Arch. Ital. d'Otologia etc. II. 1902.*

Das Instrument soll dazu dienen, nach Eröffnung der Kieferhöhle und Auskratzung derselben eine Gegenöffnung im unteren Nasengang zu bewerkstelligen. Es besteht aus einer nach Art eines Locheisens construirten Pincette, deren eine Branche in die eröffnete Kieferhöhle, deren andere in den unteren Nasengang eingeführt wird; wird die Pincette nun geschlossen, so schlägt sie aus der lateralen Wand des unteren Nasengangs ein kreisförmiges Stück heraus. FINDER.

52) Nordqvist (Götheborg). **Neuritis optica + empyema sinus maxillaris.** *Götheborg Läkaresällskaps förhandlingar. 22. Mai 1901.*

Theilt einen Fall von Neuritis optica retrobulbaris mit, wo die Ursache ein Empyem des Sinus maxillaris war und Dr. A. Pihl giebt im Anschluss an diesen Vortrag eine Mittheilung über die in den letzten 10 Jahren veröffentlichte Erfahrung über den Zusammenhang der Neuritis optica retrobulbaris und des Empyems des Sinus ethmoidalis, frontalis, sphenoidalis und maxillaris. E. SCHMIEGELOW.

53) Royet. **Schleimhautpolypen der beiden Kieferhöhlen. (Polypes muqueux des deux sinus maxillaires.)** *Société des sciences médicales de Lyon. November 1901.*

R. fand bei einem Kranken, der zu Lebzeiten gar kein Symptom in dieser Richtung aufwies, die Kieferhöhlen mit gestielten Tumoren ausgefüllt, die das Aussehen und die Consistenz von Schleimhautpolypen hatten. PAUL RAUGÉ.

54) Royet (Lyon). **Tumor der Kieferhöhle. (Tumeur du sinus maxillaire.)** *Société des sciences médicales de Lyon. November 1901.*

Demonstration eines in mehrfacher Hinsicht bemerkenswerthen Präparates. Es stammt aus dem hinteren Abschnitt der Kieferhöhle, ist haselnussgross, und theilt die Höhle in 2 Abschnitte. PAUL RAUGÉ.

55) Kr. Grön (Christiania). **Syphilitische Initialsklerose der Nasenwurzel. (Syfilitsk initialsklerose paa radix nasi.)** *Verhandl. d. medic. Gesellsch. in Christiania. December 1900.*

Ein 22jähriger Mann hatte ein indurirtes Ulcus auf der Nasenwurzel; zugleich



grosse indolente Drüsen hinter jedem Angulus maxillae und eine diffuse Roseola-Eruption über den ganzen Truncus. Infectionsmodus nicht aufgeklärt.

E SCHMIEGELOW.

56) **Hermann Heyse. Anomalien der Choanen und des Cavum pharyngonasale.** *Diss. med. Leipzig 1900.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

57) **Henry Wallace. Antisepsis bei Nasen- und Halsoperationen. (Antisepsis in throat and nose surgery.)** *N. Y. Medical Journal. 17. August 1901.*

Die Nasenschleimhaut wird nach Operationen selten inficirt, selbst wenn nur wenig Aufmerksamkeit auf Reinlichkeit im chirurgischen Sinne verwandt wurde. Die Erklärung dafür liegt in der unzweifelhaft bactericiden Function der Schleimhaut. Dieselbe ist am energischsten, wenn die Schleimhaut gesund ist. Als wesentliche Gesichtspunkte zu möglichst vollkommener Vermeidung von Infectionen werden betont 1. die Desinfection des Patienten und seiner Umgebung, 2. diejenige der Instrumente und 3. diejenige der Hände des Chirurgen, seiner Assistenz, und des narkotisirenden Arztes.

LEFFERTS.

58) **Dobisch** (Auscha). **Ein kleiner Eingriff gegen erschwerte Nasenathmung.** *Prager med. Wochenschrift. No. 47. 1901.*

D. empfiehlt bei Aspiration der Nasenflügel aus dem häutigen Theil der Nasenscheidewand einen dreieckigen Lappen mit einer unteren Basis von 1 cm und zwei nach oben convergirenden Schenkeln auszuschneiden und die Wundränder exact zu vernähen. Hierdurch wird ein Herabrücken der Nasenspitze erreicht, wonach die Nasenflügel einen steileren Bogen bilden.

CHIARI.

59) **P. J. Mink** (Zwolle). **Ein Fall von Shok bei intranasaler Behandlung. (Een geval van shock bij intra-nasale behandeling.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. No. 2. 1901.*

Die Patientin litt an beiderseitiger Siebbeineiterung und war bereits mehrere Monate in M.'s Behandlung. An einem Tage, als M. einen ganz harmlosen und schmerzlosen Eingriff am vorderen Ende der linken mittleren Muschel machte, sank die Pat. plötzlich ohne Bewusstsein dahin. Die Athmung war kräftig, der Puls aber filiform und frequent, sehr wechselnd, bald unfühlbar. Die Pat. lag mit geöffneten Augen, ganz blass und reactionslos danieder. Aether-Inhalation und Hautreize zeigten sich wirkungslos und innerhalb einer Stunde trat der Exitus ein.

Als Todesursache schliesst M., wohl mit Recht, eine Verwundung des Gehirns aus. Eine Cocainvergiftung nimmt er ebensowenig an, weil die Pat. bereits mehr als 20 mal in derselben Weise (mittelst 5 proc. Cocainlösung) anästhesirt worden war. Den Shock versucht er aus einem alterirten Gemüthszustand zu erklären, für dessen Existenz die angeführten Gründe indessen wohl kaum ausreichend sein dürften. Dem Ref. kommt die Cocainisation als Causa mortis wahrscheinlicher vor.

H. BURGER.

60) **G. Abeles** (Wien). **Die Nasenspülungen, ihre Anzeigen und Gegenanzeigen.** *Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandl. u. s. w. Marhold, Halle a/S. V. 10 u. 11. 1901.*

A. unterscheidet Spülung einer Nasenhöhle, Berieselung einer Nasenhöhle und Ausfliessen der Spülflüssigkeit aus demselben Nasenloche und Nasenspülung, Durchleitung einer Spülflüssigkeit durch eine Nasenhöhle, den Nasenrachenraum und in rückläufiger Richtung durch die andere Nasenhöhle; erstere Art ist kaum gefährlich und ist angezeigt zur Lockerung von Wattepfröpfen und Gazestreifen, Erweichung von Krusten, Entfernung thierischer Parasiten und zum Zweck der Gewöhnung an die zweite Art, zur Reinigung des Gesichtsfeldes vor Operationen und bei Untersuchungen.

Sodann bespricht A. die Vorsichtsmassregeln bei der Nasenspülung resp. ihre Gefahren. Sie kann oft ersetzt werden durch Nasenpinselungen. Sie heilt kein Nasenleiden, besitzt auch für die Behandlung der Stinknase lediglich eine symptomatische Bedeutung. Sie kann oft ersetzt werden durch den Zerstäuber vor Allem ist sie zu verwerfen bei der Nasendiphtherie.

Dagegen ist sie anzuwenden bei nicht allzu bedeutenden Blutungen aus dem Nasenrachen; sind diese besonders nach Operationen stärker, so empfehlen sich Einspritzungen von Gelatinelösungen.

Der Werth von Nasenspülungen zur Abwehr frischer ansteckender Krankheiten ist minimal; ja sie können unmittelbar gefährlich werden. Ebenso verhält es sich mit den Nasenspülungen zur Verhütung von Wundinfectionskrankheiten nach chirurgischen Eingriffen in der Nase oder im Nasenrachen.

Contraindicirt sind sie bei Bewusstseinsstörungen, unintelligenten Patienten, Störungen der Beweglichkeit des Gaumensegels, acut entzündlichen Zuständen der Schleimhaut der Nasenhöhle und des Nasenrachens und Affectionen des Gehörorgans.

A. ROSENBERG.

61) **B. Crocker. Nasenspray. (Nasal sprays.)** *California Medic. Journal. März 1901.*

Empfehlung einer gewissen Zurückhaltung in der Anwendung des Sprays.

EMIL MAYER.

62) **Dunbar Roy. Ueber Gebrauch und Missbrauch des Nasensprays. (On the use and absuse of nasal sprays.)** *St. Louis Courier of Medicine. Juni 1901.*

Sprays werden mit Vortheil zur Reinigung und Anregung der Nasenschleimhaut verwandt. Als Missbrauch ist die Verwendung starker Arzneimittel in Sprayform sowie zu häufiger und zu kräftiger Sprayapplicationen zu bezeichnen.

EMIL MAYER.

63) **B. H. Brodnax. Eine angenehme Einblasung zur Gesunderhaltung der Nase. (A pleasant insufflation to keep the nose healthy.)** *N. Y. Medical Record. 20. April 1901.*

Rp. Mentholi 0,2
Acid. borici 3,75
Bism. subnitr. 5,26



Pulv. benzoin. 1,87
M. f. pulv.
D.S. Zur energischen Insufflation.

LEFFERTS.

64) **Gherardo Ferarri. Jodhaltige Milch (Sclavo) in der rhino-laryngologischen Therapie. (Jodated milk [Sclavo] in rhino-laryngeal therapeutics.)** *Laryngoscope. November 1901.*

Es ist bekannt, dass Personen, die an Reflexerscheinungen nasalen Ursprungs leiden, besonders an Asthma, durch Jodpräparate, vornehmlich Jodkalium in grossen Dosen, erhebliche Erleichterung, zuweilen sogar Heilung finden. Es ist gleichfalls erwiesen, dass der charakteristische Geruch der Ozaena durch die Anwendung von Jodkalium in grossen Dosen verringert wird. Der Vorschlag von Sclavo, in solchen Fällen lieber an Stelle der Jodbehandlung per os subcutane Injectionen von jodhaltiger Milch vorzunehmen, ist günstig beurtheilt worden. Die Milch wird alle zwei Tage mit einer Roux'schen Spritze bei allen Formen von Rhinitis, die mit Ozaena oder nervösen reflectorischen Störungen einhergeht, am Abdomen oder über der Scapula subcutan injicirt und zwar so, dass 10 ccm Milch 0,05 g Jod enthalten, ein Präparat, das von Professor Sclavo am Institut für experimentelle Hygiene der Universität Siena dargestellt wird. Die Behandlung wird sehr gut ertragen, ohne jede locale Reaction, nur constatiren die Kranken gewöhnlich, dass sie 1 oder 2 Minuten nach der Injection einen ausgesprochenen Jodgeschmack im Munde haben.

EMIL MAYER.

65) **Harmer. Ueber die Wirkung des Nebennierenextractes auf die Schleimhaut der Nase und des Kehlkopfes.** (Aus der k. k. Univ.-Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten des Prof. O. Chiari in Wien.) *Wien. klin. Wochenschrift. No. 19. 1901.*

Diesbezügliche Versuche haben zwei wichtige Eigenschaften des Extractes ergeben, welche sind:

1. dass es die Schleimhaut (vor allem der Nase) zum Abschwellen bringt,
2. dass es die anästhesirende Wirkung des Cocains in hohem Grade begünstigt und unterstützt.

Ferner zeigte sich, dass es auch in stärkerer Concentration unschädlich ist, und dass nicht leicht eine Angewöhnung eintritt wie bei Cocain.

Der gegenwärtig noch sehr hohe Preis des Mittels schliesst allerdings eine allgemeine Verwendung aus.

CHIARI.

66) **Ch. C. Royce. Die Anwendung des Nebennierenextractes bei rhinologischen Operationen. (Suprarenal capsule; its use in rhinological operations.)** *Philadelphia Medical Journal. 6. April 1901.*

Bei der Ausführung der Turbinectomie wird die Nase mit Watte austamponirt, die mit 5proc. Cocainlösung getränkt ist. Dieser Tampon bleibt etwa 10 Minuten liegen und wird dann durch einen neuen, ebenso präparirten ersetzt, der wiederum 10 Minuten liegen bleibt. Bevor dieser zweite Cocaintampon eingelegt wird, wird er reichlich mit Nebennierenpulver (Armour) beschickt. Nach Entfernung des zweiten Tampons wird wieder ein dritter nur mit Cocain getränkter

Tampon eingelegt für ebenso lange Zeit. Auf diese Weise wird eine vollständige und länger dauernde Anästhesie herbeigeführt. Es werden zwei Fälle erwähnt, in welchen weder primäre noch secundäre Nachblutungen auftraten. (Dieser ausgiebige Gebrauch von Cocain kann leicht zu Cocainismus führen oder auch unmittelbare Gefahren mit sich bringen. Ref.) EMIL MAYER.

67) **E. Labarre. Vorläufige Mittheilung bezüglich der Anwendung des Nebennierenextractes in der Rhinologie. (Note préliminaire relative à l'emploi de l'extract de capsules surrénales en rhinologie.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 20. 1901.*

L. hat das Nebennierenextract nicht bloss als hämostatisches, sondern auch als therapeutisches Heilmittel bei gewissen Nasenaffectionen, namentlich dem Heufieber angewandt und mit demselben gerade bei Behandlung der verschiedenen Formen spasmodischer Coryza die dauerhaftesten und raschesten Erfolge erzielt. Am besten wird dasselbe so angewendet, dass man die frisch präparirte Lösung (welche sehr rasch verdirbt!) nach vorhergehender (5proc.) Cocainisirung energisch in die Schleimhaut einreibt. Mittheilung 8 einschlägiger Fälle. BAYER.

68) **Buys. Der Nebennierenextract in der Rhinologie. (L'Extrait des capsules surrénales en rhinologie.)** *La Clinique. No. 27. 1901. Journal Méd. de Bruxelles. No. 28. 1901.*

B. macht energische Einreibungen mit in Nebennierenextractlösung eingetauchten Wattetampons. In Pulverform mit Sacch. lact. ist daselbe weniger wirksam; es empfiehlt sich hauptsächlich bei acutem Schnupfen und bei Heufieber, sodann bei Nasenoperationen, am Sieb- und Keilbein wegen der bedeutenden Erweiterung des Gesichtsfeldes. Seine Wirkung beruht auf seinen energischen vasomotorischen Eigenschaften. BAYER.

69) **B. M. Rickelts. Illustrationen zur Nasenchirurgie. (Nasal surgery illustrated.)** *Cincinnati Lancet clinic. 8. Juni 1901.*

Fünf Illustrationen, die die Erfolge plastischer Nasenoperationen demonstriren. EMIL MAYER.

70) **Gerber. Notiz zur Geschichte der Rhinoscopia anterior.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngologie. Bd. XI. H. 3. S. 482. 1901.*

G. findet in einem alten Werke aus dem Jahre 1509 eine Angabe über Ulcerationen in der Nase bei Lepra; man sieht dieselben — heisst es dort — mittelst eines kleinen gespaltenen Zweiges, dessen federnde Hälften die Nasenwände von einander abziehen, bei vorgehaltener Kerze. Es sind dies nach Gerber die ersten Anfänge der Rhinoscopia anterior. F. KLEMPERER.

71) **H. J. L. Struyken** (Breda). **Galvanocaustik oder Operation. (Galvanocaustiek of operatie.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. S. 81. 1901.*

Verf. empfiehlt sehr warm die blutigen Operationen, namentlich diejenigen mittelst der Trephine bei Nasenstenosen jeder Art. Man ist mit denselben immer im Stande, die Nasenathmung herzustellen und die reactive Entzündung nach

denselben ist in der Regel sehr gering. Die Beschwerden der Galvanocaustik sind nach dem Verf. sehr schwerwiegende. H. BURGER.

72) **W. F. Clevenger. Eine neue scharfe Zange zu Operationen im hinteren Nasenraum. (A new cutting forceps for operating in the post-nasal space.)** *Laryngoscope. Juli 1901.*

Wieder eine neue! EMIL MAYER.

73) **P. Goldsmith. Eine neue Nasensäge. (A new nasal saw.)** *Lancet. 6. Juli 1901.*

Beschreibung des Instrumentes mit Abbildung. A. BRONNER.

74) **C. D. Conkey. Gebrauch und Missbrauch des Galvanokauters in der Nasenchirurgie. (The use and abuse of the galvanocautery in nasal surgery.)** *Medical age. 10. März 1901. N. Y. Medical Record. 13. April 1901.*

Besprechung wohlbekannter Thatsachen aus dem Gebiete der Nasenchirurgie. EMIL MAYER.

75) **Brauchbar. Paraffinprothesen.** (Verhandlungen der Wiener dermatol. Gesellschaft, 23. October 1901.) *Wien. klin. Wochenschrift. No. 6. 1902.*

Bericht über günstige Resultate bei eingesunkenem Nasenrücken. Vorher Schleich'sche Localanästhesie. Für manche Fälle eignet sich auch die Anwendung der Aspirationsprothesen von Henning. CHIARI.

c. Mundrachenhöhle.

76) **Robert Levy. Die Tonsillen. (The tonsils.)** *N. Y. Medical Journal. 12. October 1901.*

Verf. betont, dass an den Tonsillen zu häufig operirt werde, in der Meinung, dass ihre Structur nicht völlig normal sei und Störungen bestehen, die auf vermeintlich kranke Tonsillen zurückgeführt werden. LEFFERTS.

77) **R. C. Matheny. Die Function der Tonsillen. (The fonction of the tonsils.)** *Illinois Medical Journal. März 1902.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

78) **P. Cahuzac. Beitrag zum Studium der lymphoiden Organe des Rachens und der Mandel, besonders in ihren Beziehungen zur Infection. (Contribution à l'étude des organes lymphoïdes du pharynx et de l'amygdale, en particulier dans leurs rapports avec l'infection.)** *Thèse de doctorat en méd. Lyon 1901.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

79) **E. Baumgarten** (Budapest). **Ueber Schlingbeschwerden bei Erkrankungen des unteren und oberen Rachenantheiles.** *Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandl. V. 12. 1901. Carl Marhold. Halle a/S.*

Diese für den practischen Arzt geschriebene Arbeit wird — mehr als viele

andere, die den gleichen Zweck verfolgen — demselben vollkommen gerecht, indem und weil der Verf. sich dabei auch wirklich auf den Standpunkt des Nichtspecialisten stellt. — Schlingbeschwerden sind, wenn im mittleren Rachentheile keine Ursache dafür aufzufinden ist, zurückzuführen einmal auf Erkrankungen des Zungengrundes. Man kann sich denselben durch einen langen und schmalen Spatel zu Gesicht bringen, indem man mit ihm die Mitte des hinteren Zungenabschnittes herunterdrückt. Ursachen der Schmerzen sind: acute Erkrankungen, die folliculäre Entzündung — Schluckbeschwerden, Schwellungsgefühl, grössere Speichelsecretion, übler Geruch aus dem Munde, gelb-grauliche Punkte auf der Zungenmandel: beim Abscess derselben zeigt sich Oedem der Epiglottis — eine acute Epiglottitis ist mit von einer Zungentonsillenerkrankung abhängig, primär auftretende sind nicht selten auf ein Trauma zurückzuführen.

Weiter muss man die seitlichen Rachenwände betrachten, da an ihnen unterhalb der Tonsille Abscesse vorkommen, entweder als unmittelbare Folge (Senkung) eines peritonsillären Abscesses oder in Folge Infection (von jenem her) und Vereiterung einer Lymphdrüse.

Ebenso kommen retro- und subpharyngeale Abscesse an der hinteren Rachenwand vor: erstere können den hinteren Antheil des Kehlkopfes verdecken und zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung geben. Um sie zu sehen, muss man auch den Zungengrund herunterdrücken. Dabei kann man dann auch etwaige Fremdkörper sehen.

Chronische Erkrankungen im unteren Rachenabschnitte sind nicht selten, insbesondere die Lues, bei der eine locale Behandlung sehr werthvoll; auch ein Carcinom des Zungengrundes kann durch Spateluntersuchung und Palpation relativ früh erkannt werden.

Die hintere Fläche der Uvula, an der zuweilen Verletzungen, aphthöse und andere Geschwüre, Gummata, Herpes sich localisiren können, kann man durch Aufheben des Zäpfchens nicht selten zu Gesicht bringen. Für die Besichtigung des Nasenrachens ist allerdings die postrhinoskopische Untersuchung nothwendig. Acute Nasenrachenkatarrhe, Entzündungen und Abscesse der Rachenmandel gehen relativ schnell vorüber; die retropharyngealen Abscesse können auch im oberen Rachenraum auftreten und oft durch Digitaluntersuchung erkannt werden. Recht häufig sind hier die Gummata und tertiäre Ulcerationen, die schnell in die Tiefe greifen und sich manchmal beim Gebrauch des Gaumenhakens zeigen und wenn sie auf der nasalen Fläche des Velum sitzen, oft auch eine Schwellung seiner Vorderfläche und nasale Sprache verursachen.

Eine Reihe von Krankengeschichten illustriren das Gesagte in glücklichster, anschaulichster Weise

A. ROSENBERG.

80) **J. L. Goodale. Cysten in den Gaumen- und Rachentonsillen. (Cysts in the faucial and pharyngeal tonsils.)** *Boston Medical and Surgical Journal 19. December 1901.*

Mittheilung von zwei Fällen dieser seltenen Erkrankungen. EMIL MAYER.



81) **Rucda** (Madrid). **Voluminöse Cyste in der Zone der Zungenmandel. (Voluminoso quiste en la zona de la amigdala lingual.)** *Archiv. Latin. de Rinologia, Laringol., Otologia. No. 116. 1902.*

Verf. berichtet einen Fall von einer Cyste von der Grösse eines Taubeneies, welche in der Gegend der rechten Zungenmandel ihren Sitz hatte, ohne jegliche Beziehung zum Kehlkopfe oder dessen Eingange. Wegen starker Vascularisirung des Stieles und zahlreicher Verzweigungen an der Oberfläche erfolgt mit gutem Resultate die Exstirpation mittelst der galvanischen Schlinge. In Anbetracht der Natur dieser Retentionscyste meint Verf., dass die Annahme des Vorhandenseins von Drüsen mit zurückgehaltenem Schleim, welche das Centrum für eine Gruppirung von geschlossenen Lymphfollikeln bilden und diese dann vereinigt die Läppchen der Zungenmandel, richtig ist.

R. BOTEY.

82) **Villiers. Mandelstein. (Calcul de l'amygdale.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 5. 1901.*

In der Sitzung vom 18. Januar 1901 der anatom.-pathol. Gesellschaft von Brüssel zeigt V. eine verkalkte Concretion vor, herstammend von einem Arthritiker, welcher sie beim Erbrechen expectorirt hatte. V. vermuthet einen Mandelstein: Patient hatte kurze Zeit vorher eine Angina durchgemacht.

BAYER.

83) **A. A. Gray** (Glasgow). **Tonsillarsteine der beiden Tonsillen. (Tonsillar calculi occuring in both tonsils.)** *Glasgow Medical Journal. August 1901.*

Es handelt sich um einen 68jähr. Patienten, bei dem erst aus einer, dann 2 Monate später aus der anderen Tonsille grosse Steine zum Vorschein kamen.

JAMES DONCLAN.

84) **E Harrison Griffni. Mycose der Tonsillen und Zungenbasis. (Mycosis of the tonsil and base of the tongue.)** *N. Y. Medical Journal. 14. December 1901.*

G. berichtet von einem derartigen Fall bei einer 24jährigen, sonst gesunden Frau. Heilung durch Tabakrauchen, Aetzungen mit Chromsäure, Entfernungen der Auflagerungen mit der Zange, Gurgeln mit Eisentinctur in Glycerin.

LEFFERTS.

85) **Tarchetti** und **Zanconi. Beitrag zum Studium der latenten Tuberculose der Tonsillen und der adenoiden Vegetationen. (Contributo allo studio della tuberculosi latente delle tonsille e delle vegetazioni adenoidi.)** *Gazzett. degli ospedali e delle cliniche. 7. September 1902.*

Von 17 mit Fragmenten der meist von Kindern stammenden adenoiden Vegetationen resp. Tonsillen geimpften Meerschweinchen starben 7 wenige Tage nach der Impfung infolge von Wundinfection, 5 blieben am Leben, wurden einige Monate nach der Impfung getödtet und gesund befunden, 5 gingen nach 20—50 Tagen spontan unter Zeichen von Abmagerung zu Grunde. Bei der Section der letzteren fand sich kein Zeichen von Tuberculose, sodass bei keinem der geimpften Thiere eine durch die Einimpfung von Tonsillen resp. adenoiden Vegetationen entstandene Tuberculose nachzuweisen war.

FINDER.

86) **Anton Lieven** (Aachen). **Die Syphilis der oberen Luftwege, unter besonderer Berücksichtigung der differentiellen Diagnose und der localen Therapie. II. Theil: Die Syphilis der Mund- und Rachenhöhle.** *Haug'sche Sammlung klin. Vortr. aus dem Gebiete der Otolog. u. Pharyngo-Rhinol. 4. Februar 1900. Gustav Fischer, Jena.*

Nächst den Genitalien bildet die Mundrachenhöhle am häufigsten die Eingangspforte des syphilitischen Giftes und zwar rangiren an erster Stelle die Lippen, dann folgt die Mundhöhle, danach die Tonsillen, nach diesen die Rachenhöhle, dann die Zunge und zuletzt das Zahnfleisch.

Der Lippenschanker präsentirt sich als Erosion, als Kruste über einem oberflächlichen Geschwür oder als Ulcus. Die Erosion am Lippenroth besteht in einem runden Epitheldefect mit rother Umgebung, dessen Grund eine lamellöse Härte fühlen lässt. Auf einer solchen liegt auch der mit Krusten bedeckte Lippenschanker, der vom Lippenroth auf die Haut der Lippe übergreift. Durch Zerfall des indurativen Rundzelleninfiltrats entsteht das Geschwür. Im weiteren Verlaufe stellt sich eine Schwellung der Lippe und ein submaxillärer Bubo ein. Die subjectiven Beschwerden sind relativ gering. Der Ausgang ist Spontanheilung. Die Prognose ist daher gut, wenn auch die Anschwellung oft monatelang bestehen bleibt.

Differentiell-diagnostisch kommen in Frage Ecthyma-Pusteln, krustöses Eczem, mechanische Insulte, bei denen die Induration und der Bubo fehlt; weiter differenzirt L. den Lippenschanker vom Herpes lab., sowie die Drüsenschwellungen von Lymphomen anderer Art.

Aehnlich wie beim Lippenschanker sind die klinischen Erscheinungen des Primäraffects an der übrigen Mundschleimhaut.

Auf der Zunge sitzt er meist nahe der Spitze auf dem Rücken, ist fast stets oberflächlich; der ulceröse Zungenschanker zeigt ein rundes, muldenförmiges Geschwür. Der Bubo ist in der Regel submaxillär.

Die subjectiven Beschwerden sind auffallend mässig; spontane Heilung ist die Regel. Zur Verwechselung mit ihm können Anlass geben die Glossitis superfic., traumatische Geschwüre, frische tuberculöse Ulcerationen und Carcinom.

Der Mandelschanker ist fast immer einseitig, stellt eine Erosion oder ein tieferes, selbst kraterförmiges, hartgrundiges Geschwür dar, das öfter einen pseudomembranösen Belag zeigt; die Tonsille ist mässig oder auch sehr stark geschwollen; manchmal wird sie brandig. Beim ersten Auftreten der Sclerose kann man Schüttelfrost, Fiebererhebungen bis auf 40°, allgemeine Abgeschlagenheit und Kopfschmerz finden.

Subjective Beschwerden: Intensiver Schluckschmerz, der beim Ausbleiben specifischer Behandlung wochenlang dauert, gelegentlich Schwerhörigkeit, Ohrensausen; in der Regel heilt er spontan (6 Wochen bis 8 Monate); die Drüsenschwellungen überdauern das Geschwür.

Differential-diagnostisch kommen in Frage: Angina, Peritonsillitis, Diphtherie, Herpes, Gummi, maligne Tumoren.

In den übrigen Mundrachenabschnitten spielt als Vermittler der Infection der Tubenkatheter eine grosse Rolle. Die Geschwüre sind scharfrandig,



gelbspeckig und leicht blutend und verursachen Schluckbeschwerden und Ohrerscheinungen. Die Prognose der extragenitalen Lues ist nach L. durchaus nicht besonders ungünstig.

Die secundäre Syphilis tritt auf als Erythem und Papel.

Das Erythema syphiliticum aus dem klinischen Bilde zu identificiren, ist ungemein schwer; es verursacht Kratzen, Brennen, Trockenheit u. a. m. Diagnostisch wichtig ist die Anamnese, die allgemeine Untersuchung, der chronische Verlauf und die Wirksamkeit des Hg.

Die Papel ist meist linsen- bis bohnengross, flach, mattgrau; das Epithel geht verloren und es entsteht eine Erosion oder ein Geschwür; auf seinem Grunde können sich — gewöhnlich nach unzweckmässiger Behandlung — condylomatöse Excrescenzen entwickeln. Selten zeigen die Papeln pseudomembranöse Auflagerungen — „diphtherische Syphilide".

Am häufigsten befallen sind die Lippen, die Zunge und die Gaumenmandeln. An der Lippen- und Wangenschleimhaut überwiegt die erosive Papel; sie sind meist kreisförmig angeordnet. Papeln des Zahnfleisches sind seltner, ausnahmsweise finden sie sich am harten Gaumen; der Mundboden und die Unterfläche der Zunge sind Lieblingssitze vegetirender oder luxurirender Schleimpapeln.

Am Rande der Zunge ist die Papel ovalär, graulich oder fissurförmig; letztere Form sieht man auch auf dem Zungenrücken. Das volle Bild einer gut entwickelten Papel findet man nur auf dem hinteren Drittel des Zungenrückens.

Eine besondere Form der Zungenpapel ist die Plaque lisse, ein glatter rother, scharf von der zottigen und weisslichen Umgebung sich abhebender Fleck.

Die bedingungslose Einreihung der Leukoplakie unter die secundäre Syphilis ist unzulässig.

Im Rachen finden wir die Papeln am häufigsten am Isthmus; es überwiegt die erosive Papel. Man darf nie vergessen die sog. Mandelbucht zu untersuchen. Besonders an den Mandeln kommen pseudomembranöse Auflagerungen vor. Aus dem Zerfall der Papeln entstehen Geschwüre.

Im Nasenrachen sind ebenfalls Plaques gesehen worden.

Subjective Beschwerden im Anfang sind unbedeutend, später Schmerzen, übler Geruch aus dem Munde; consecutive Erscheinungen: Drüsenschwellungen, Tonsillarabscess.

Der regelmässige Ausgang ist Heilung, aber es besteht ausserordentliche Neigung zu Recidiven.

Bezüglich der Diagnose differenzirt L. die Papeln von Herpes, Aetzungserosionen, Leukoplakie, Ulcus durum, Tuberculose, Lupus, Pemphigus, Aphthen, Stomatitis ulcerosa, Hydrargyrose, Glossitis superfic. chron., Lingua geographica, Diphtherie.

Die tertiären Erscheinungen resultiren immer aus der Production eines Rundzellengewebes als selbstständigen Tumors ,Gummi, oder als Infiltrat; aus ersterem wird ein Geschwür, aus letzterem eine Schwiele.

Die tertiäre Lues der Lippen- und Wangenschleimhaut tritt recht spät auf, und zwar häufiger das Infiltrat als das Gummi, das meist in mehre-

ren Exemplaren vorhanden ist; ersteres bevorzugt im Gegensatz zu diesem die Unterlippe.

Differential-diagnostisch ist zu berücksichtigen der Primäraffect, tuberculöses Geschwür, Fibrom, Atherom, Schleimcysten, Carcinom.

Die tertiäre Zungensyphilis bevorzugt das männliche Geschlecht; das Gummi ist häufiger als das Infiltrat; beide Formen kommen an der Zungenrinde vor (oberflächliche) oder an den Zungenmuskeln (tiefe Form), die in ausgezeichneter Weise abgehandelt sind, sowohl was das Aussehen als auch die Diagnose betrifft.

Der harte Gaumen wird häufig von der Spätsyphilis heimgesucht und zwar fast immer vom Gummi; ferner können die Speicheldrüsen zunächst erkranken. In gleicher ausführlicher und klarer Weise, die auf Erfahrung basirt, behandelt L. die Erkrankung des Gaumensegels, die des Nasenrachens, sowie deren Folgezustände. Interessenten sei die ausgezeichnete Arbeit von 138 Seiten bestens empfohlen, die auch neben einigen Textillustrationen eine farbige Tafel bringt.

A. ROSENBERG.

87) **G. C. Stout. Ein Fall von primär syphilitischer Erkrankung der Tonsillen. (Case of primary syphilitic lesion of the faucial tonsil.)** *Journal American Medical Association. 12. October 1901.*

Es handelt sich um einen Fall von Syphilis insontium bei einer jungen Frau.

EMIL MAYER.

88) **Citelli. Ein Fall von primärem Syphilom der Unterlippe und der rechten Tonsille. (Un caso di sifiloma primitive del labbro inferiore e della tonsilla destra.)** *Bollett. i. malatt. dell'orecchio etc. August 1902.*

Bericht über einen Fall und Hinweis auf die Diagnose bei Primäraffecten der Tonsille.

FINDER.

89) **Tantussi. Ein reines Adenom der Tonsille. (Adenoma puro della tonsilla.)** *Arch. Ital. d. Laringologia. April 1902.*

Der ungefähr haselnussgrosse, gestielte, in der Fossa supratonsillaris sitzende Tumor war von Pflasterepithel bekleidet, unter welchem sich eine gefässhaltige, fibröse Kapsel befand; von dieser Kapsel ausgehend strahlten einige Bindegewebsbalken in den Tumor hinein. Zwischen diesen bindegewebigen Zügen lag das eigentliche den Tumor constituirende Gewebe, bestehend aus acinösen Drüsen und grossen Drüsenausführungsgängen.

FINDER.

90) **J. E. Hopkins. Maligne Erkrankung der Tonsille. (Malignant disease of the tonsil.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 17. October 1901.*

Man muss unterscheiden einfache Hypertrophie, syphilitische Erkrankungen, tuberculöse Processe und sogar Phlegmonen einerseits und Sarcom oder Carcinom der Tonsillen andererseits. Die Behandlung maligner Fälle ist meist hoffnungslos.

EMIL MAYER.

91) v. **Heinleth. Ueber maligne Geschwülste der Tonsillen.** *Münchener med. Wochenschr. No. 35 u. 36. 1901.*

Nach Besprechung der Erscheinungen, Häufigkeit der malignen Tonsillengeschwülste, Möglichkeit der Verwechselung mit anderen Affectionen, wie mit Syphilis, Actinomycose etc., theilt v. Heinleth einen selbst beobachteten und operirten Fall mit, der einen 59 Jahre alten Mann mit Sarkom des Rachens mit Metastasen betraf. Die interessanten Details sind im Original nachzulesen.

SCHECH.

92) **A. Capart, fils. Mandelsarcom auf natürlichem Wege entfernt. (Sarcom amygdalien enlevé par les voies naturelles.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 16. 1901.*

70jähr. Mann mit Hühnereigrossem Tumor, welcher die linke Pharynxhälfte ausfüllt und die beiden Blätter des weichen Gaumens auseinanderdrängt. Enucleation vermittelst eines Verticalschnitts. Sutur. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt ein kleinzelliges, einkerniges Rundzellensarcom beinahe ohne alle Intercellularsubstanz.

BAYER.

93) **Burton S. Booth. Bericht über einen Fall von Sarcom in der rechten Tonsille. (Report of a case of sarcoma of the right tonsil.)** *Laryngoscope. December 1901.*

Es handelt sich um ein kleines Rundzellensarcom mit Metastasen im Abdomen. Verf. betrachtet die Tonsillen als primären Herd.

EMIL MAYER.

94) **Siredey** (Paris). **Ein Fall von Angina Vincenti. (Un cas d'angine de Vincent.)** *Société médicale des Hôpitaux. 25. October 1901.*

Mittheilung eines Falles.

PAUL RAUGÉ.

95) **Beitzke. Ueber Anginen mit fusiformen Bacillen.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 25. 1901.*

Bei der sog. Vincent'schen Angina finden sich ein beiderseits zugespitzter Bacillus und eine lange Spirochaete. B. bestätigt die Behauptung von Stoechlin, dass der Befund von fusiformen Bacillen im Ausstrichpräparat allein nicht die Anwesenheit von Diphtheriebacillen sicherstelle, glaubt jedoch, dass die behandelten Bacillen im Verein mit dem klinischen Bilde und dem Ausfall der Cultur als schätzenswerthe Stütze bei der Differentialdiagnose der verschiedenen Anginen gelten dürfen.

SCHECH.

96) **Chauffard** (Paris). **Behandlung der Angina Vincenti mit Methylenblau. (Traitment de l'angine de Vincent par le bleu de méthylène.)** *Société médicale des Hôpitaux. 27. December 1901.*

Es handelt sich um einen Kranken, der nach dreimaliger Verabreichung von Methylenblaupulverenges und war, was unter Umständen differentialdiagnostisch verwerthet werden kann zwischen Schanker der Tonsillen und Angina Vincenti.

PAUL RAUGÉ.



97) **Faranella** (Barcelona). **Zwei Fälle von Vincent'scher Angina. (Dos casos de angina de Vincent.)** *Medic. y Cirugia. No. 30. Marzo 1902.*

T. setzt im Anschluss an von ihm beobachtete Fälle genannter Angina die Ursache derselben nach Vincent, sowie den vorgefundenen pathologischen Befund auseinander. Die Löffler'sche Lösung hat ihm bei der Behandlung die besten Erfolge gegeben.

R. BOTEY.

98) **Graupner. Ueber Angina diphtheroidea. (Vincent'sche Angina.)** *Münch. med. Wochenschr. No. 17. 1902.*

Die Vincent'sche Angina, welche ebenfalls membranöse Bildungen zur Folge hat, verdankt einem specifischen Bacterium, einem sehr grossen, wellig sich schlängelnden Spirillus, und einem langen schlanken, am Ende zugespitzten Bacillus, dem Bacillus fusiformis, ihre Entstehung. Es giebt zwei klinische Formen der Krankheit. Beide beginnen mit der Bildung einer festen zusammenhängenden Pseudomembran auf den Tonsillen, die auch auf den weichen Gaumen übergreifen kann. Kieferlymphdrüsen meistens geschwellt, Schlingbeschwerden und mässiges Fieber; während bei der einen Form sich diese Membran erweicht und abstösst, ohne tiefere Läsionen zu hinterlassen, bildet sich bei der anderen Form Ulceration mit Nekrose der Schleimhaut aus, die langsam ausheilt. Bei der ersten Form findet sich nur der Bacillus fusiformis, bei der zweiten auch der Spirillus, der für sich allein diese Erkrankung hervorbringt, mit dem ersteren vereint jedoch die Virulenz steigert. Die ulceröse Form ist die häufigere. Der Bacillus fusiformis färbt sich schwach mit Fuchsin und Methylenblau, besser mit verdünntem Carbolfuchsin; die Spirille färbt sich am besten mit wässeriger Gentianaviolettlösung; die Spirillen sind enorm beweglich, der Bacillus fusiformis wenig oder unbeweglich, welche letztere aber Graupner nicht sah. Die Cultur erwähnter Bakterien gelang nicht; Impfversuche bei Thieren hatten nur geringe Erscheinungen zur Folge.

SCHECH.

99) **J. Gaube** (Valencia). **Das Magnesium Jodobenzoliodür als Specificum der Bakterienkrankheiten des Mannes, seine Wirkung in einigen Anginen mit Bakterienvereinigung ohne Diphtheriebacillus. (El iodobenzoilioduro de magnesio especifico de las enfermedades bacterianas del hombre, en accion en algunas anginas con asociacion bacteriana sin bacilo difterico.)** *Revist. Valenc. de Cienc. Medic. Decbr. 1900.*

Verf. hat in einigen Fällen von nicht diphtherischen Anginen genanntes Medicament in Injectionen, 4—6 ccm per Sitzung, versucht und damit die Heilung aller Anginen 2 Tage nach Anwendung von zwei Injectionen erlangt.

R. BOTEY.

100) **N. Damianos** und **A. Hermann. Tödtliche Nachblutung nach Tonsillotomie. Bildung eines umschriebenen Gasabscesses nach subcutaner Gelatineinjection.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 9. 1902.*

Die Blutung trat ca. $1^1/_2$ Stunden nach Abtragung einer hypertrophischen Tonsille mit dem Fahnenstock'schen Tonsillotom auf. 23jähriger Mann. Unmittelbar post operationem war die Blutung gering. Bei dem Patienten bestand

zum mindesten eine Neigung zu Haemophilie. Die Schnittfläche verlief in der Ebene der äusseren Tonsillarkapsel, woselbst die Stämmchen der Tonsillararterien noch ungetheilt verlaufen und zeigte sich bei der Obduction ein solches Stämmchen an seiner Seitenwand verletzt. — Warnung vor allzu vollständiger Abtragung der Mandeln! Warnung vor ungenügend sterilisirten Gelatinepräparaten, wodurch, wie dieser Fall beweist, gerade das Gedeihen anaërober Bakterien begünstigt wird.

CHIARI.

d. Diphtheritis und Croup.

101) **Slorante** (Madrid). **Studium über die engere Ursache der Diphtherie. (Estudio de la causa intima de la difteria.)** *Revist. de Medic. y Cirug Practic. No. 21. Junio 1900.*

Dem Verf. nach genügt es nicht, dass der specifische Diphtheriebacillus in einem Theile der kranken Respirationsschleimhaut vorhanden sei, um der Krankheit den Namen „Diphtherie“ zu geben, sondern es ist nothwendig, dass derselbe umherwandert, sich verbreitet, einen localen Entzündungsprocess hervorruft, welcher zur Bildung der sogen. falschen Membran führt und gleichzeitig seine Toxine in den Blutstrom sendet, wodurch Leber, Milz, Nieren und nervöse Centren angegriffen werden, die die Entstehung von Paresen und Paralysen erklären.

R. BOTEY.

102) **G. Salus. Die bakteriologische Diagnose der Diphtherie.** (Vortrag, geh. im Verein deutscher Aerzte in Prag, 22. November 1901.) *Prag. med. Wochenschrift. No. 15. 1902.*

Seine Ausführungen fasst S. in folgenden Sätzen zusammen:

1. Der Diphtheriebacillus ist am Zustandekommen der Diphtherie wesentlich betheiligt.

2. Wir können Diphtherie bakteriologisch diagnosticiren, heute besser, denn je zuvor.

3. Wir sollen in zweifelhaften Fällen Diphtherie bakteriologisch diagnosticiren, wenn nicht aus therapeutischen, so doch aus prophlyactischen Gründen.

CHIARI.

103) **Rabek. Diphtherie bei Säuglingen. (Blonica u Ssawców.)** *Medycyna. No. 37. Z Posiedzen Laryngologicznych.*

Nachdem der Verfasser im Allgemeinen die Frage besprochen hat, beschreibt er einen diesbezüglichen, von ihm bei einem 6wöchentlichen Kinde beobachteten Fall, der nach Serumapplication günstig ablief.

v. SOKOLOWSKI.

104) **J. Voisin** und **L. Guinon** (Paris). **Prophylaktische Serumtherapie bei epidemischer Diphtherie. (Sérothérapie préventive dans une épidémie de diphthérie.)** *Société médicale des Hôpitaux. 7. Juni 1901.*

Bei einer Diphtherieepidemie in der Salpêtrière im November vorigen Jahres erwiesen sich die prophylactischen Seruminjectionen als sehr wirksam und völlig ungefährlich. Während dieser Epidemie trat nur 1 Todesfall ein. Es wur-

den Kindern über 10 Jahre 20 ccm Serum, den anderen 10 ccm injicirt. Diese Maassnahmen brachten im Zusammenhang mit der üblichen Prophylaxe die Epimie zum Stillstehen. PAUL RAUGÉ.

105) **Ausset. Ueber die prophylaktische Serumtherapie bei Diphtherie. (Sur la sérothérapie préventive de la diphthérie.)** *Société de pédiatrie. Juni 1901.*

Verf. tritt auf Grund seiner Erfahrungen mit mehr als 500 Injectionen warm für die prophylactische Serumbehandlung ein, die so harmlos wie Antipyrin oder Salol ist und höchstens Hauteruptionen hervorrufen kann. PAUL RAUGÉ.

106) **Collet** (Lyon). **Extubirung mit dem Magneten. (Détubation au moyen de l'élektro-aimant.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 5. Juni 1901.*

Beschreibung des Instrumentariums und der Methode, welche als sehr leicht ohne jede Vorübung ausführbar geschildert wird. PAUL RAUGÉ.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

107) **Franz Schmidt** (Bochum). **Ein Beitrag zu den Hülfsmitteln für die Frühdiagnose des Typhus abdominalis.** *Arch. f. Ohrenheilkde. No. 4. 1901.*

Schmidt glaubt, wie sein Lehrer v. Schrötter, in früh auftretenden an der Epiglottis sitzenden Entzündungs- resp. Infiltrationsvorgängen ein charakteristisches Merkmal für Typhus abdom. erblicken zu dürfen. SCHECH.

108) **Kobler. Die diagnostische Bedeutung einer Epiglottisaffection beim Typhus. (The diagnostic significance of an affection of the epiglottis in typhoid.)** *The Medical Age. 25. Februar 1901.*

In zwei Fällen wurde die Diagnose auf Typhus lediglich auf Grund der charakteristischen Infiltration und Ulceration der Epiglottis gestellt noch ehe sonst irgend welche Symptome vorhanden waren. In dem dritten Fall, in welchem der Fiebertypus auf die Diagnose Malaria hinwies, und in welchem das Malariaplasmodium gefunden wurde, entdeckte die laryngologische Untersuchung eine Combination von Typhus mit Malaria. So lange die Infiltration der Epiglottis besteht, dauert der Typhus fort; beim Verschwinden der Infiltration kann man mit Sicherheit auch auf Nachlassen der allgemeinen Symptome schliessen. EMIL MAYER.

109) **Kuttner. Larynxtuberculose und Gravidität.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 11. 1901.*

K. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

Bei Frauen, deren Befinden hoffnungslos ist, soll man die Larynxtuberculose nur in der üblichen Weise local behandeln, eventuell bei Erstickungsgefahr tracheotomiren. Bei Frauen mit günstigem Allgemeinbefinden und geringfügiger Larynxaffection darf man sich abwartend verhalten. Bei Infiltration oder diffuser Erkrankung soll man tracheotomiren, und wenn dies nicht in wenigen Tagen günstig wirkt, den künstlichen Abortus einleiten. Je früher die Schwangerschaft unterbrochen wird, um so besser für die Mutter. Vom 7. Monat an verschlechtern sich die Aussichten für die Mutter, weil Anstrengung beim Geburtsact und Erschöpfung

zu folgen pflegt. Es ist rathsam, bei vorgeschrittener Kehlkopferkrankung vor der Entbindung zu tracheotomiren oder sich dazu bereit zu halten, um einer Erstickung während der Geburt vorzubeugen. Kuttner bittet die Collegen um weitere Klärung der Frage.

SCHECH.

110) **Gottlieb Kiaer. Gummöse Tumoren im Larynx bei einem 6jährigen Knaben mit latenter hereditärer Syphilis. (Gummous tumor in the larynx in a boy six years old, due to latent hereditary syphilis.)** *Laryngoscope. Mai 1901.*

Das von syphilitischen Eltern geborene Kind entwickelte sich normal bis zum 7. Lebensjahr. Dann traten Zeichen von Syphilis bei ihm auf und eine gummöse Infiltration des Sternums und Larynx, sowie eine charakteristische Polyadenitis, später auch eine linksseitige Facialisparalyse. Die gummöse Infiltration am Sternum breitete sich schnell nach abwärts aus und verschwand dann völlig im Laufe von 4 oder 5 Tagen. Die Larynxinfiltration war sehr hartnäckig, und wich der Jodkaliumbehandlung erst nach dem Verschwinden der Facialislähmung. Aussen am Hals bestand in der Gegend des Schildknorpels gleichfalls ein Tumor.

EMIL MAYER.

111) **F. Barberá** (Valencia). **Kehlkopfs-Papillom. (Papiloma laringeo.)** *Revist. Valenc. de Cienc. Medic. 1900.*

Der Tumor hatte die Grösse eines dicken Hanfsamens und seinen Sitz an der Vereinigungsstelle des vorderen und mittleren Drittels des rechten Stimmbandes. Die Exstirpation gelang leicht.

R. BOTEY.

112) **v. Ritter** (Prag). **Zur Kenntniss der Atresia laryngis post intubationem.** *Arch. f. Kinderheilkde. 32. Bd. I. u. II. H. 1901.*

Ein 16 Monate alter Knabe war wegen Diphtherie intubirt, dann secundär tracheotomirt worden. Das Kind ging an einer Masernpneumonie zu Grunde. Bei der Section fand sich die Schleimhaut unter den Stimmbändern narbig verändert und der Kanal des Kehlkopfes auf eine 2 mm lange Strecke vollständig narbig obliterirt. Es war offenbar zunächst ein oberflächlicher Decubitus im Bereiche des Schildknorpelringes entstanden, der sich später in der Peripherie und der Tiefe noch vergrösserte, ohne indes den Knorpel selbst zu inficiren. v. R. schliesst sich O'Dwyer an, von der späteren Tracheotomie abzusehen und die Heilung des Decubitus im Kehlkopfe durch entsprechend modificirte Tuben anzustreben, entweder durch die kurzen Tuben von Boyeux oder die speciell hierfür angegebenen O'Dwyer'schen Tuben.

SEIFERT.

113) **A. Rodriguez Vargas** (Madrid). **Larynxstenose durch subglottische Membran. Intubation nach vorausgehender Tracheotomie. Heilung. (Laringostenosia por membrana subglotica. Intubacion con traqueotomia previa. Curacion.)** *Boletin de Laringolog. Enero Febrero 1901.*

Es handelte sich in dem mitgetheilten Falle um eine 33jährige Patientin. Bei der Untersuchung fand man unterhalb der Stimmbänder eine von einer Seite zur anderen ausgedehnte Membran, welche das Lumen des Larynx auf ein kleines Triangel reducirte. Nach vorhergehender Tracheotomie erfolgte die allmälige Er-

weiterung der Strictur mittelst der O'Dwyer'schen Röhren, wobei vorher die Resection der subglottischen Membran ausgeführt wurde. Die Patientin wurde geheilt entlassen.
R. BOTEY.

114) **Czarkowski. Transplantatio cutis nach einer Laryngofissur.** *Pamietnik Towarzystwa Lekarskiego. 1901. p. 354.*

Bei einem an Sclerom des Larynx leidenden Patienten, bei welchem eine Laryngofissur mit Excision der sämmtlichen krankhaft veränderten Theile ausgeführt wurde, entstand eine bedeutende narbige Veränderung mit folgender Stenose. Es wurde dann zum 2. Male die Laryngofissur ausgeführt, die Narben und Granulation ausgeschnitten und darauf die Haut des Oberarmes in die frische Wunde transplantirt. Der weitere Heiluugsvorgang gestaltete sich günstig, und das ganze Kehlkopfinnere blieb mit Epidermis bedeckt. Die Kanüle wurde bald darauf entfernt, die Stenose wurde beseitigt und der Kranke konnte aus dem Krankenhause entlassen werden.
v. SOKOLOWSKI.

115) **A. Lewy** (Frankfurt a/O.). **Ueber Granulome des Kehlkopfs und der Luftröhre nach geheilter Tracheotomiewunde bei acutem Larynxödem.** *Fraenkel's Archiv. XI. 3. S. 407. 1901.*

L. berichtet über 2 eigene Fälle und stellt die in der Literatur niedergelegten Beobachtungen zusammen. Die Granulome gehen theils von der Tracheotomiewunde, theils von der Stelle der Scarificationen aus.
F. KLEMPERER.

116) **Liebig. Zur Casuistik der Totalexstirpation des Kehlkopfes bei carcinomatöser Erkrankung desselben. (K kasuistike polnawo isetscheuia gortani pri karecinomatosnom pora shemi jeje.)** *Bolnit. Gazet. 1901.*

Mittheilung über eine gelungene Totalexstirpation des Kehlkopfes bei einem 32jährigen Individuum in Folge von Carcinom, das bereits beide Kehlkopfhälften ergriffen hatte. Die Diagnose war durch Stückchen-Exstirpation von Dr. Heryng mikroskopisch festgestellt worden.

Vorläufige Tracheotomie. Nach Vollendung der Operation Einführung eines Tampons in das obere Ende der Trachea.

Fütterung durch Magensonde und Klysmen. L. hält für sehr wichtig, dass die Wunde mit feuchter Morly bedeckt würde, welche ein stärkeres Aufsaugungsvermögen besitzt.

(Nach $1^1/_2$ Jahren ist noch kein Recidiv zu bemerken. Ref.)
P. HELLAT.

117) **Rahn. Ein combinirbarer In- und Extubationsapparat.** *Münchener med. Wochenschr. No. 37. 1901.*

Zur Vereinfachung der In- und Extubation construirte R. ein neues Instrumentarium, in welchem die Tubusform vollständig an den Durchschnitt des Kehlkopfes angepasst ist, sodass damit ein guter Sitz im Kehlkopfe gewährleistet und ein Druck gegen die starrwandige Knorpelwand vermieden wird; mit einer Drahtschlinge kann die In- und Extubation so bewirkt werden, dass eine Verletzung der Tubuslichtung ausgeschlossen ist; auch wird mittelst einer einfachen Drahtschlinge die In- und Extubation in ein und derselben Form möglich. Die Details und Abbildungen sind im Original nachzusehen.
SCHECH.

118) **Pfaundler. Zur Kenntniss der Spätstörungen nach Tracheotomie und Intubation.** *Münch. med. Wochenschr. No. 43. 1901.*

Pf. stellte das Material aus der Escherich'schen Klinik in Graz zusammen und kam zu folgenden Schlüssen:

1. Erkrankungen des Respirationstractes bei ehedem Intubirten wurden nicht öfter gesehen, als schätzungsweise der spontanen Erkrankungswahrscheinlichkeit der Kinder im Zeitraume von 2—12 Jahren entspricht.

2. Von ernsten Spätstörungen nach Intubation ist nichts zu constatiren.

3. Bei tracheotomirt und intubirt gewesenen Kindern hingegen finden sich nach Jahren in einem verhältnissmässig erheblichen Procentsatz der Fälle Krankheitszustände auf dem Gebiete des Respirationstractes, die theils mit Bestimmtheit, theils mit grosser Wahrscheinlichkeit auf den vorgenommenen Eingriff zurückgeführt werden können.

SCHECH.

119) **Trumpp. Das fernere Schicksal der überlebenden tracheotomirten und intubirten Kinder.** *Münch. med. Wochenschr. No. 43. 1901.*

T. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Die Angabe Landouzy's, dass die Tracheotomie zu Larynxtuberculose Anlass gebe, ist für Deutschland unhaltbar.

2. Ein nicht unbedeutender Procentsatz der ehedem Operirten hat aber unzweifelhaft an gewissen Folgeerscheinungen zu leiden.

3. Intubation und Tracheotomie sind noch weiter zu verbessern, „um die damit vorhandenen Gefahren" zu beseitigen.

SCHECH.

120) **v. Ranke. Ueber die Behandlung des erschwerten Decanulements infolge von Granulombildung nach Intubation und secundärer Tracheotomie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 43. 1901.*

Mittheilung von 5 Fällen, bei denen nach Intubation und secundärer Tracheotomie Granulombildung in der Trachea beobachtet wurde. Die Details sind im Original nachzusehen.

SCHECH.

121) **S. Botella y D. Cortés** (Madrid). **Beitrag zum Studium der Complicationen der Tracheotomie. (Contribucion al estudio de los complicaciones de la traqueotomia.)** *Revist. de Especialid. Medic. No. 5. Febrero 1901.*

Verff. referiren in ihrer Arbeit einen Fall von Tracheotomie wegen Glottiskrampf und Herzbeklemmung bei einem Kranken, der an chronischer Nierensklerose litt. Während der Operation trat Ohnmacht ein mit Hirnapoplexie urämischen Ursprungs und nachher ein tödtliches Lungenödem.

R. BOTEY.

122) **Kuhn** (Kassel). **Die perorale Intubation.** *Centralbl. f. Chirurgie. 52. 1901. Fortschr. d. Medicin. 4. 1902.*

Als perorale Intubation bezeichnet Kuhn eine von den Zähnen durch den Mund hindurch nach der Luftröhre geführte Drainage mittels hohler biegsamer Metallröhren. Ein solches Rohr vertritt gleichsam die Rolle eines Speculum für die Luftwege und erfüllt gleichsam die Aufgaben einer Dilatations- und Sperrvorrichtung zum Durchtritt von Luft.

SEIFERT.

123) **Némai. Ein Instrument zur Papillotomie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 9. 1901.*

Katheterförmiges Instrument mit scharfrandiger, geglätteter, drehbarer Oeffnung zum Herausreissen papillomatöser Wucherungen bei Kindern mit Mittheilung eines operirten Falles.

SCHECH.

124) **R. Forus** (Madrid). **Die Kunst des Laryngoskopireus ohne Beihülfe eines Lehrers. (Arte de laringoscopizar sin necesidad de maestro.)** *La Oto-Rino-Laringologie Espanola. Julio 1900.*

F. beschreibt das einfache Verfahren des Laryngoskopirens mit Beifügung eines Larynxphantoms, welches dem Anfänger für die ersten Versuche der laryngoskopischen Technik nützlich ist.

R. BOTEY.

125) **Trautmann** (München). **Ein neuer sterilisirbarer Kehlkopfspiegel.** *Münch. med. Wochenschr. No. 25. 1901.*

Derselbe besteht aus 3 Theilen; aus der metallenen Kapsel als Gehäuse, aus dem Glasspiegel, welcher in dasselbe hineingelegt wird, und einem Verschlussring, der den Spiegel in der Kapsel fixirt. Zu beziehen ist der Spiegel von Beck u. Plagotte, München, Sonnenstrasse 9.

SCHECH.

126) **A. Baurowicz. Lysol zur Desinfection und zur Verhütung des Anlaufens des Kehlkopfs- und Nasenrachenspiegels.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XI. H. 3. S. 480. 1901.*

Baurowicz empfiehlt das von Ruprecht angegebene Verfahren, den Spiegel mit $^1/_2$ proc, Lysollösung anzufeuchten.

F. KLEMPERER.

127) **A. Baurowicz. Nachtrag zum Aufsatze: „Ueber Verhütung des Anlaufens des Spiegels".** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. XII, 1. S. 144. 1901.*

Wie Lysol wirkt auch das von der Fabrik Franz Sander in Hamburg hergestellte Bacillol in $^1/_4$ proc. Lösung. Weniger practisch ist die von E. Urbantschitsch empfohlene Seifencomposition Lasin, die freilich vor der Schmierseife gewisse Vortheile hat.

F. KLEMPERER.

128) **Karl Kassel** (Posen). **Zur Frage „Verhütung des Anlaufens von Kehlkopfspiegeln".** *Fraenkel's Archiv für Laryngol. u. Rhinol. Bd. XII. S. 309. 1901.*

Der Spiegel wird in 5 proc. Sodalösung, die man jederzeit und überall leicht sich bereiten kann, eingetaucht und die Rückseite desselben getrocknet.

F. KLEMPERER.

129) **Bass** (Wien). **Ein zerlegbarer aseptischer Spiegel für laryngo- und odontologische Zwecke.** *Wien. klin. Rundschau. No. 26. 1901.*

Das Instrument besteht aus dem Spiegel, einem Haltring und Gehäuse. Die spiegelwärts und griffwärts gerichteten Stielenden werden durch eine Ueberwurfmutter zusammengehalten. Jeder Theil kann auch ausgekocht werden.

CHIARI.



f. Schilddrüse.

130) **J. Wohlmuth. Ueber den Jodgehalt der Schilddrüsen von Schafen.** *Centralbl. f. Physiol. No. 20. S. 587. 1902.*

Die Schilddrüsen von Schafen in Gegenden, die fernab vom Meere liegen, enthalten dieselbe Jodmenge, wie in den dem Meere näher gelegenen Landstrichen. Man könnte sich vorstellen, dass in Gegenden, in welchen Jod durch das vom Sturme fortgetragene Meerwasser zu dem Futter der Thiere gelangen könnte, die Schilddrüsen dieser Thiere einen höheren Jodgehalt besässen.

J. KATZENSTEIN.

131) **Kronenberg** (Solingen). **Ueber Behandlung von Strumen mit parenchymatösen Injectionen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 41. 1901.*

Empfehlung von Jodoform 1,0, Ol. Olivar., Aether sulfur. aa 7,0 oder auch von Jodoform 1,0, Aether sulfur. 14,5 zu parenchymatöser Injection 1—2mal wöchentlich je 1,0. Einmal entwickelte sich unter 300 Einspritzungen an der Injectionsstelle ein kleiner Abscess; die Resultate waren sehr günstig. SCHECH.

132) **v. Mikulicz-Radetzki** (Breslau). **Vier operirte Fälle Basedow'scher Erkrankung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 32. Vereinsbeilage. 1902.*

In einem Fall vor 6 Jahren, in dem anderen vor Kurzem Operation: in allen deutliche Besserung. ZARNIKO.

g. Oesophagus.

133) **Mayr** und **Dehler. Beitrag zur Diagnose und Therapie der Divertikel der Speiseröhre.** *Münch. med. Wochenschr. No. 37. 1901.*

Pulsionsdivertikel an der Uebergangsstelle vom Pharynx zum Oesophagus, welcher operativ entfernt wurde. Die Verff. rathen bei der Nachbehandlung von der präventiven Gastrotomie ab, ebenso auch von der Anwendung von Verweilsonden im Oesophagus und befürworten für die ersten 4—5 Tage nach der Operation die Ernährung per Rectum. SCHECH.

134) **Batsch. Künstliches Gebiss im Oesophagus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 33. 1901.*

Dasselbe wurde, da es nach oben nicht entfernt werden konnte, mit der Sonde in den Magen befördert, dann später mit dem Stuhlgang entleert. SCHECH.

135) **J. Carrasco** (Bilbao). **In dem Oesophagus eingeklemmte Geldstücke. (Monedas enclavadas en el esofago.)** *Revist. de Medic. y Cirug. Practic. Agosto 1901.*

Es handelte sich um einen Knaben, welcher zwei 5-Centimesstücke verschluckt hatte. Die Hospitalärzte versuchten dieselben mittelst eines Drahthakens zu exstirpiren. Aber der Haken setzte sich im Oesophagus fest, er konnte nicht entfernt werden. Verf. machte die Oesophagotomia externa, trotzdem gelang die Entfernung nicht. Das Kind verstarb an demselben Tage. Bei der Autopsie fand

man zwei Perforationsstellen des Osophagus in der Nähe des Zwerchfells. Die Pleuren waren mit trüber, seröser Flüssigkeit und geronnener Milch angefüllt. Verf. veröffentlicht diesen Fall, um den Nachtheil der starren Extractionshaken zu zeigen. C. empfiehlt den Collin'schen als den besten. R. BOTEY.

136) **J. Bravo** (Madrid). **Ein Fall von Gastrostomie wegen Oesophagusstenose. (Un caso de gastrostomia por estenosis esofagica.)** *Revist. de Especialid. Medic No. 5. Februar 1901.*

Die Oesophagusstenose entstand durch Verbrennung mittelst Lauge. Vom Tage nach der Operation an wurde die Patientin von der Magenwunde aus mit Erfolg genährt. Die Stenose wurde dann durch allmähliche Erweiterung behandelt.

R. BOTEY.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Ch. Chauveau. Histoire des maladies du pharynx. Moyen age occidental et temps modernes.** Préface de Mr. le docteur Du Castel. Bd. II u. III. Paris, d. B. Baillière et fils. 1902. 418 u. 608 Seiten. 12.

Die Wichtigkeit historischer Studien, welche in unserem vom Entwicklungsgedanken beherrschten Zeitalter über den Kreis der eigenen Geschichtsforschung hinaus längst auf allen Wissensgebieten anerkannt ist, bedarf auch hinsichtlich der Medicin kaum noch der besonderen Betonung. Wenn wir trotzdem die sich uns hier bietende Gelegenheit, darauf erneut aufmerksam zu machen, nicht ungenützt vorübergehen lassen, so geschieht es lediglich, um unserer Befriedigung darüber Ausdruck zu geben, dass die früher so oft beklagte Indolenz der Aerzte einem Bedürfniss nach historischem Verständniss gewichen ist, welchem durch die allgemeinen Lehr- und Handbücher der Geschichte der Medicin nicht mehr genügt wird. Auf keinen Fall würde die Bearbeitung eines so specialistischen Gegenstandes, wie der vorliegende es ist, sich verlohnt haben, wenn nicht ein Bedürfniss dafür vorhanden gewesen wäre.

Leider sind wir nicht im Besitze des ersten Bandes, in dessen Einleitung Verfasser vermuthlich die Grundgedanken seines Werkes entwickelt hat. Welche Gesichtspunkte für ihn bestimmend waren, um den Titel des Buches in die angegebene Form zu kleiden, entzieht sich somit unserer Beurtheilung. Doch würde es kaum auf Widerspruch gestossen sein, wenn er nach Analogie anderer Werke, welche ebenfalls irgend ein Specialgebiet der Medicin geschichtlich darstellen, z. B. Magnus, Die Augenheilkunde der Alten, den unseres Erachtens zutreffenden Titel gewählt hätte: Geschichte der Pharyngologie. Immerhin schliesst es keinen Tadel in sich, wenn ein Buch mehr giebt, als es im Titel verspricht. Und dies ist in der That hier der Fall. Schon wenn man die Einleitung zum zweiten Bande liest, wird man sich sofort klar darüber, dass Verfasser sich keineswegs auf die geschichtliche Darstellung der Krankheit des Pharynx im Mittelalter und in der Neuzeit beschränkt, vielmehr, wie es dem Historiker ge-

ziemt, der nicht bloss Daten sammelt, sondern dieselben auch unter einander verbindet, die allgemeinen Culturverhältnisse, den Bildungsstand der Aerzte, die Beeinflussung der Medicin durch religiöse und philosophische Anschauungen, die Beziehungen des Pharynx und seiner Erkrankungen zu anderen localen und allgemeinen Störungen, und überhaupt alles das in den Kreis seiner Betrachtungen zieht, was mit der Geschichte der Pharyngologie in näherem oder entfernterem Zusammenhange steht.

Hinsichtlich der chronologischen Folge unterscheidet Verfasser die präarabistische Periode, die salernitanische Schule, die arabistische Periode und die Neuzeit, wobei jeder neuen Entwicklungsphase eine allgemeine Charakteristik vorausgeschickt wird. Was den alten und neuen Aerzten über die Pathologie und Therapie des Pharynx jemals bekannt geworden ist, wird nach dem üblichen Eintheilungsprinzip: Aetiologie, pathologische Anatomie, Pathogenese, Symptomatologie, Diagnostik, Prognostik, vorbeugende und heilende Behandlung, sowohl nach den eigenen Anschauungen der Autoren wiedergegeben, als auch einer kritischen Würdigung unterzogen. Mitunter ist man erstaunt über die Schärfe der Beobachtung und die Klarheit des Urtheils, wie man sie mit Rücksicht auf die zum Theil sehr unvollkommenen Hülfsmittel der alten Aerzte kaum erwarten sollte.

Der dritte Band enthält ausschliesslich das urkundliche Material, nach welchem Verfasser gearbeitet hat. Können wir schon der ungemein übersichtlichen Gliederung des Stoffes unsere Anerkennung nicht versagen, so nöthigen uns der Fleiss und die Gründlichkeit, mit welchen auch das scheinbar Unwichtige und Nebensächliche in den Kreis der geschichtlichen Untersuchung einbezogen ist, die höchste Achtung ab. Unwillkürlich frägt man sich, wie die Kräfte eines einzelnen, doch auch durch andere Berufsgeschäfte in Anspruch genommenen Mannes ausgereicht haben, um dieses ganze ungeheure Quellenmaterial in den Originalsprachen durchzuarbeiten! Wenn Verfasser in der einleitenden Bemerkung sagt, er habe es nicht für nöthig gehalten, eine französische Uebersetzung der lateinischen Texte anzufertigen, da dieselben der Mehrzahl der Aerzte keine Schwierigkeiten bieten könnten, so fürchten wir allerdings, dass dieses schöne Vertrauen nicht bei allen Lesern den freudigen Widerhall finden werde, welcher bei dem Kenner des Mönchslatein und der mehr oder weniger schwungvollen Verse, zu welchen einige Autoren durch die Krankheiten des Pharynx sich haben begeistern lassen, selbstverständlich ist.

Auf Einzelheiten einzugehen, verbietet der uns hier zu Gebote stehende Raum. Im Literaturverzeichniss sind uns bei Angabe der deutschen Büchertitel zahlreiche Druckfehler aufgefallen. Merkwürdig ist auch, dass in den vielen angezogenen Werken über Syphilis neben den bekannten Namen dieser Krankheit: Malum gallicum, Morbus gallicus, Lustseuche, Franzosenkrankheit u. s. w., nicht ein einzigesmal die von Sauval gebrauchte Bezeichnung Mal de Naples sich findet. Dies sei nur beiläufig erwähnt. Es liegt in der Natur der Sache begründet, dass die Besprechung eines derartigen Werkes sich bei der Unmöglichkeit eigener Einsichtnahme in das urkundliche Material auf ein allgemein-orientirendes Referat beschränken und der Leser dem Verfasser das Vertrauen ent-

gegenbringen muss, dass dieser sich bei der Quellenkritik nicht habe irreleiten lassen. Der Geist ernster wissenschaftlicher Forschung, welcher das ganze Werk durchweht, rechtfertigt dieses Vertrauen in jeder Hinsicht, und wenn wir den empfangenen Eindrücken summarischen Ausdruck geben sollen, so ist es ein Gefühl des Bedauerns darüber, dass ein so eigenartiges Werk, in welchem wir ein weiteres bedeutungsvolles Zeichen der völkerverbindenden Macht der Wissenschaft erblicken, bis jetzt nur in französischer Sprache existirt.

J. W. Gleitsmann (New York).

---

b) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

1. November 1901.

Vorsitzender: E. Creswell Baber.

Es werden zunächst die Berichte des Comités für krankhafte Geschwülste verlesen.

1. Das Präparat von Lake, von einer Larynxgeschwulst herrührend (cf. Verhandlungen vom März 1900) erwies sich als Drüsencarcinom.
2. Potter's Fall von Tonsillargeschwulst (cf. Verhandlungen vom Mai 1900) erwies sich als grosses Rundzellensarkom.
3. Mark Hovell's Fall von Larynxgeschwulst (Verhandlungen vom Mai 1901). Horne hat von Geschwulsttheilen, die 1886 und 1887 entfernt worden sind, frische Schnitte angefertigt. Das Comité ist der Ansicht, dass es sich der histologischen Struktur nach um ein benignes Papillom handelt.
4. In Lambert Lack's Fall von Larynxtumor handelt es sich um ein Mischzellensarkom.

Spencer: Ein Fall von tertiär-syphilitischer Larynxstenose behandelt mit Laryngofissur ohne Tracheotomie (wiederholte Vorstellung).

Es handelt sich um einen Mann, in welchem die Stenose durch die Anwesenheit fester irregulärer Massen sklerosirten Gewebes verursacht war, die die Taschenbänder und die freilich noch gut beweglichen Stimmbänder überdeckten. Das Knorpelgerüst war nicht betheiligt. Ein grosser Theil dieses Gewebes, das auch einen Theil des rechten Stimmbandes einschloss, wurde durch Thyrotomie entfernt. Das Resultat war sehr gut, die Athmung blieb frei.

Der Vorsitzende macht auf das Fehlen von Narbencontractionen aufmerksam.

Herbert Tilley berichtet über einen Fall, in welchem Stenose des Ringknorpels diese Behandlungsmethode contraindicirt.

Spencer berichtet von Fällen, in welchen Contractionen durch Hauttransplantationen verhindert werden.

F. Westmacott: Eine Folge von Präparaten, Photographieen und Illustrationen zu den entzündlichen Erkrankungen der Nasenhöhlen und Nasennebenhöhlen.

Zwei Molarzähne mit gesunden Kronen und deutlicher Caries der Wurzeln. In jedem Fall bestand ein Kiefernhöhlenempyem.

Herbert Tilley demonstrirt den Fall besonders als Beweis dafür, dass das Kiefernhöhlenempyem noch keineswegs nasalen Ursprungs ist, wenn die Zähne gesund erscheinen. Der Verdacht auf dentalen Ursprung eines Empyemes soll schon wach werden, wenn irgend welcher Schmerz oder Beschwerden an einem Zahn vorgelegen haben. In einem dieser Fälle stand ein Wurzelabscess in directer Communication mit der Kieferhöhle, in dem zweiten Fall befand sich ein kleiner Abscess zwischen den beiden Wurzelzacken.

Parker ist der Meinung, dass derartige Abscesse bei Abwesenheit von jeglicher Caries und Pyorrhoe im Verhältniss zum Kieferhöhlenempyem secundär sind.

Waggett betont, dass Nekrose der Pulpa und Abscessbildung auch ohne äussere Wunde oder Caries auftreten kann.

Nowise hält die Kronen für leicht cariös.

Westmacott hat bei zwei Gelegenheiten durch Durchleuchtung constatiren können, dass ein Zahn abgestorben war. In einem Fall von Kieferhöhleneiterung erwies sich ein anscheinend gesunder Prämolarzahn als opak bei der Durchleuchtung. Bei der Extraction zeigte es sich, dass der Zahn abgestorben war und eine Communication mit dem Empyem bestand. In einem zweiten Fall bestand der Verdacht auf einen Wurzelabscess, der sich auch an der Wurzel eines opaken Schneidezahns vorfand.

St. Clair Thomson betont die Nothwendigkeit einer Percussion der Zahnkronen auch bei anscheinend gesunder Beschaffenheit in Fällen von Kieferhöhlenerkrankung.

Donelan: Ein Fall von laryngealer Lues mit Fixation des linken Stimmbandes.

Es bestand eine ausgedehnte Ulceration an der linken Larynxseite, die unter Jodkalibehandlung zurückging.

33jähriger Patient (der bereits in der Aprilsitzung vorgestellt worden ist) mit chronischer Laryngitis und Ulcus an einem Stimmband. Jetzt deutliche lupöse Infiltration und Ulceration der Epiglottis.

St. Clair Thomson: Im April bestand noch kein Anzeichen für Tuberkulose, sondern man führte damals die Erkrankung auf katarrhalische Ursachen zurück. Bald darnach wurde die Epiglottis roth und zeigte senkrechte Fissuren.

Jobson Horne hält den Fall für einfache Tuberkulose und nicht für Lupus.

St. Clair Thomson: In der Anamnese spricht nichts für Syphilis und Jodkali verschlimmert den Zustand. Es giebt erhebliche klinische Unterschiede zwischen Lupus und Tuberkulose des Larynx. Lupus der Epiglottis wird durch die Behandlung günstig beeinflusst und Tuberkulose ist an dieser Stelle sehr hartnäckig.

Waggett: Congenitale Fensterung (?) der vorderen Gaumenbögen.

Ein Beispiel von bilateraler Perforation mit unbekannter Entstehung. In früher Kindheit Scarlatina.

Clifford Beale findet in der Litteratur sehr geringe Anhaltspunkte dafür, dass derartige Perforationen bei Scarlatina vorkommen. Die Lehrbücher berufen sich in dieser Frage zumeist auf eine einzige Arbeit von Goodall aus dem Jahre 1894. Vortr. weiss von Aerzten des Fever-Hospital, dass zwar Ulceration des weichen Gaumens recht gewöhnlich ist, dass sie dagegen über Perforation fast gar keine Erfahrung haben.

Donelan bespricht die verschiedenen Infectionen, welche zu perforirenden Ulcera führten (cf. Monro-Glasgow, König-Paris).

Fitzgerald Powell glaubt in dem vorliegenden Fall Narbengewebe um die Perforationsstellen herum zu entdecken, was für Ulceration spricht.

Waggett glaubt in dem demonstrirten Fall ein Beispiel für Perforation nach Ulceration zu sehen.

Eine Serie lebender Culturen von Bacillen, die durch ihre Färbreactionen Tuberkulose vortäuschten.

George Reid demonstrirt Serien von 16 verschiedenen Species, die sich mit Carbolfuchsin färbten nach längerem Einlegen in 15proc. sauren Alkohol.

Fitzgerald Powell: Geschwulst (wahrscheinlich Papillom) am linken Stimmband bei einem 32jährigen Mann.

Seit 9 Monaten Heiserkeit. Eine unregelmässige gestielte Geschwulst nahm von den vorderen $^3/_4$ des linken Stimmbandes ihren Ausgang. Sie war fast weiss und zeigte leichte papilläre Erhabenheiten.

Beale, Law und der Vorsitzende machen auf die auffallend weisse Färbung der Geschwulst aufmerksam.

Epitheliom der Epiglottis bei einem 58jährigen Mann.

Dundas Grant ventilirt die Frage der Operation.

Butlin hat niemals operirt, wenn die Infiltration sich über die Zungenbasis und Epiglottis ausbreitet. Er würde jedenfalls derartige Tumoren geeigneten Falles von aussen her in operativen Angriff nehmen.

Lambert Lack betrachtet den Fall als inoperabel. Er hat bei initialen Fällen einige gute Resultate gesehen.

Dundas Grant: Fall von Nasenstenose bei einem 43jährigen Mann, bei welchem die Erscheinungen vorwiegend subjectiver Natur waren.

Der Vorsitzende, Pegler und Powell machten auf die Stenose des Vestibulum aufmerksam.

Ramsay: Tuberculöse (?) Erkrankung der Epiglottis. Es handelt sich um ein Mädchen mit Heiserkeit und ausgedehnter Verdickung der Epiglottis und aryepiglottischen Falten. Diagnose?

St. Clair Thomsen hält den Fall für Lupus: er hat kürzlich einen ähnlichen Fall von ausgedehntem Lupus des Larynx beobachtet, in welchem galvanokaustische Behandlung völligen Stillstand erzielte.



Butlin hat einen Fall durch Galvanokaustik geheilt. In einer Sitzung wurde eine schnelle Tracheotomie nöthig.

Bond: Ein Fall von Kehlkopfschwellung. Ein 14jähriger Knabe der von Kindheit an eine eigenthümliche Stimme hatte. Das linke Stimmband war von einer rothen granulirten Schwellung eingenommen.

Law erwähnt einen ähnlichen Fall, bei welchem nach mehrmonatlicher Behandlung ein Knochenstückchen entfernt wurde.

6. December 1901.

Vorsitzender: E. Creswell Baber.

Furniss Potter: Perforation des linken Gaumenbogens bei einer 24jährigen Frau.

Es fanden sich in diesem Fall gleichzeitig Narben im Rachen, dem Mund und den Lippen. Im Alter von 4 Jahren hatte die Pat. Scharlach mit Ulcerationen im Mund und Rachen durchgemacht.

Clifford Beale und Havilland Hall vermuthen congenitale Lues als Ursache der Erscheinung.

Sir Felix Semon hebt augenscheinliche Widersprüche hervor, die der Auffassung des Falles als congenitaler Lues entgegenstehen.

Potter: Die Anamnese giebt gar keinen Anhaltspunkt für Syphilis.

Jobson Horne: Makroskopische und mikroskopische Präparate des Larynx von Fällen mit Lymphadenom, Lymphosarkom, tuberkulöser Lymphadenitis etc.

Der Vortragende ist der Ansicht, dass die Erkrankungen, die gewöhnlich unter dem Namen Hodgkin'sche Krankheit zusammengefasst werden, auf Infection beruhen und dass die Infection durch Ulcerationen im Larynx vermittelt wird (cf. Journal of Laryngology December 1901). In einem Fall von Lymphadenom fand er Tuberkel in einer Drüse, welche dicht an der Ulceration im Larynx lag. Dadurch erhebt sich die Frage, ob in einem solchen Fall und bei der Abwesenheit von Lungenerkrankungen das Ulcus nicht als Manifestation primärer Larynxtuberkulose zu betrachten sei. Er betont ferner in Beantwortung einer Anfrage, dass bezüglich des Begriffes Lymphadenom noch eine grosse Meinungsverschiedenheit besteht. Er verlangt von einem Lymphadenom ausgesprochene histologische Structur, und hat zuweilen Riesenzellen und Tuberkelbacillen darin gefunden.

Lawrence: Fall und Präparate von tuberkulöser Rhinitis, die mit Röntgenstrahlen behandelt wurde. 35jähriger Mann, der seit zwölf Monaten an Nasenfluss leidet. Ausgedehnte tuberkulöse Infiltration der Schleimhaut von Muscheln und Septum. Demonstration mikroskopischer Präparate. Allgemeinzustand gut, abgesehen von schweren Infraorbital-Neuralgien. Es wurden 20 Sitzungen mit 7—10 Minuten dauernder Röntgenstrahlenbelichtung vorgenommen. Die Symptome sowie die Schwellung in der Nase gingen wesentlich zurück.

Hugh Walsham beschreibt das Verfahren genauer.

Herbert Tilley empfiehlt Curettement und Milchsäure.

de Santi verfügt über zwei Fälle von intranasalem Lupus, von denen der eine mit X-Strahlen behandelt wurde, der andere nur innerlich mit Curettement und Milchsäure. Die Röntgenstrahlenbehandlung erwies sich als das weniger Wirksame von beiden.

St. Clair Thomson hat einen Fall von primärer Septumtuberkulose (Clin. Soc. Trans. Febr. 1900) gesehen, in welchem der Krankheitsprocess nur ausserordentlich langsam in die Tiefe ging unter einfachster Palliativbehandlung.

Der Vorsitzende berichtet von einem Fall von chronischer Tuberkulose der Nase, in welchem 20 Röntgenstrahlen-Sitzungen verordnet worden waren. Von einem Erfolg war dabei nichts zu merken. Er hat in einem Fall vier Monate lang nach intranasalem Curettement Urea verabreicht. Recidiv ist nicht eingetreten. Auch in Hautfällen hat Vortr. gute Resultate mit Urea erzielt.

Cathcart: Completer Schwund des inneren Nasengerüstes bei einem 22jährigen Mädchen. Ursache: Scarlatina. Starke äussere Deformität. Es erhebt sich die Frage der Paraffininjection.

Scanes Spicer beschreibt die Methode, wie sie in dem Falle zur Anwendung gekommen war, der bereits in der Brit. Med. Assoc. 1901 vorgestellt wurde und bei welchem die Injectionsmasse, die nach der ursprünglichen Vorschrift Gersuny's aus hartem und weichem Paraffin bestand, auch in die Augenlider eingedrungen war.

St. Clair Thomson bezweifelt die scarlatinöse Ursache bei dieser ausgedehnten Knochenzerstörung und hält congenitale Lues für wahrscheinlicher.

Cathcart: Entwickelungshemmung der ersten und zweiten rechtsseitigen Branchialcysten. Es handelt sich um einen kleinen Knaben mit ausgesprochenem Hydrocephalus. Auf der rechten Seite fand sich eine rudimentäre Ohrmuschel, leichte Facialisparalyse und am Sinus nach abwärts am vorderen Rand des Sternocleidomastoideus.

Waggett: Epitheliom der Epiglottis bei einem Manne mittleren Alters. Betheiligung der Lymphdrüsen. Der Fall steht an der Grenze zwischen operabel und inoperabel.

Sir Felix Semon und de Santi sprechen gegen Operation.

Waggett: Narbige Stenose des Pharynx bei einer jungen Frau in Folge einer vor 18 Monaten erfolgten Halsinfection.

Es handelt sich um eine starke Narbenbildung in der Epiglottisgegend. Beträchtliche Athmungs- und Schlingbeschwerden. Ein Operationsversuch per vias naturales führte zu Dyspnoe, und Vortr. beabsichtigt nach Laryngofissur zu operiren.

de Santi: Linksseitige Stimmbandlähmung bei einer 42jährigen Frau, wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs. (Untersuchung mit Röntgenstrahlen ergab einen dilatirten Aortenbogen.)

Kelson: Fibroma vestibuli nasi. Demonstration eines Falles und des dazu gehörigen Präparats. Der Tumor, der das Lumen des Vestibulums deformirt

und verlegt hatte, hatte die Grösse eines Bantamhuhneies und wurde enucleirt. Aehnliche Tumoren konnten auch an anderen Körperregionen entfernt werden. Es handelte sich um reine Fibrome.

Wyatt Wingrave: Sublinguale Dermoidcyste bei einem 17jährigen Manne. Die Cyste ragte von der einen Seite des Frenulum linguae her in die Mundhöhle vor. Druck nach Incision förderte etwa zwei Unzen weiche, pastöse Massen zu Tage, die aus Epithelschuppen und amorphen Körnern bestanden. Das Foramen coecum war nicht deutlich ausgebildet und eine Communication bestand damit nicht.

C. A. Parker: Larynxtuberkulose mit Fixation eines Stimmbandes. Das linke Stimmband ist infiltrirt, ulcerirt und fixirt und es besteht eine flache, rothe Schwellung am linken Taschenband bei gleichzeitiger Lungentuberkulose.

Clifford Beale findet, dass sich das Stimmband verhältnissmässig gut bewegt, wie das nach seiner Erfahrung gerade bei Lungentuberkulosen oft der Fall ist. Er hat bisher noch nie einen Fall von wirklicher Fixation des Stimmbandes bei einfacher tnberkulöser Erkrankung gesehen.

St. Clair Thomson: Maligne recidivirende Geschwulstbildung bei einem 52jähr. Mann nach partieller Entfernung durch Laryngofissur. Es handelt sich um den bereits im Juni der Gesellschaft demonstrirten Fall mit einer Geschwulst, die sich auch auf die vorderen Abschnitte beider Stimmbänder ausdehnte. Am Tage darauf war die Operation ausgeführt worden. Die Erkrankung erwies sich als viel ausgedehnter als man dachte, indem die Knorpel nach vorn durchbohrt waren und die Geschwulstmassen in die extralaryngealen Muskeln hineingewuchert waren. Die vorderen und seitlichen Drüsen am Larynx waren vergrössert. Es wurden alle Weichtheile und Knorpelparthien nach Möglichkeit entfernt. Pat. vertrug die Operation auffallend gut und konnte nach 48 St. schon wieder feste Nahrung schlucken.

Nun, nach sechs Monaten, ist der Allgemeinzustand gut, wenn auch bereits wieder locale Recidive da sind.

Sir Felix Semon befürwortet eine zweite Operation.

de Santi hält eine zweite Operation für zwecklos, wenn die präläryngealen Drüsen betheiligt sind.

Lack glaubt an eine Verbreitung der Geschwulst auf den Pharynx in der Arytaenoidregion. Totalexstirpation ist wünschenswerth; sie hat viel günstigere Mortalitätsziffern als einseitige Excision.

St. Clair Thomson: Infiltrirte Drüsen fänden sich auch in dem Cricothyreoidzwischenraum. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautet auf Epitheliom.

Raughton: Complete Lähmung des rechten Stimmbandes. Es besteht gleichzeitig Lungenphthise und eine kleine, tief sitzende Schwellung in der rechten Halsseite. Der Recurrens ist wahrscheinlich in eine Masse tuberculöser Drüsen eingebettet.

Raughton: Heiserkeit bei einem 22monatlichen Kinde. Ein laryngoskopischer Einblick in den Kehlkopf ist unmöglich.

Scanes Spicer hält eine Combination von Cocainanästhesie und Chloroformnarkose zur Untersuchung für angebracht.

Lambert Lack meint, man könne das Kind mit einem Zungenspatel leicht untersuchen.

Der Vorsitzende hat mit der Lack'schen Methode nicht immer Erfolg gehabt.

Lambert Lack: Larynxgeschwulst bei einem Fall von Syphilis. Zur Diagnose. Ulceration und Fixation eines Stimmbandes und eine flache Geschwulst an der vorderen Commissur.

Furniss Potter. Linksseitige Schwellung der Nase. Zur Diagnose. Es handelt sich um eine 49j. Frau, bei der die Schwellung seit vier Jahren mit Schmerzen und Ausfluss bestand. Kein Anhaltspunkt für Syphilis. Die Schleimhaut der Nasenhöhle war auf der linken Seite stark verdickt und desgleichen das an zwei Stellen durchbohrte Septum.

Powell glaubt an einen gummösen oder tuberkulösen Process.

St. Clair Thomson und der Vorsitzende halten den Fall für Tuberkulose und empfehlen mikroskopische Untersuchung.

C. A. Parker: Stenose des Pharynx. 37jährige Frau, die im Alter von zehn Jahren einen Abscess im Halse mit Schluckbeschwerden hatte. In der Anamnese nichts von Scharlach oder Syphilis. Beim Niederdrücken der Zunge sah man eine Narbe im Pharynx etwa im Niveau der Epiglottis, etwa $^1/_2$ Zoll lang und $^1/_8$ Zoll breit. Es bestand keine Dyspnoe und nur ganz geringe Schluckbeschwerden.

10. Januar 1902.

Vorsitzender: E. Creswell Baber.

Jahresversammlung.

Die Vorstandswahlen hatten folgendes Resultat:

Vorsitzender: E. Creswell Baber.
Stellvertretende Vorsitzende: E. Clifford Beale, F. W. Bennett, Dundas Grant.
Schatzmeister: W. R. H. Stewart.
Bibliothekar: St. Clair Thomson.
Council: de Havilland Hall, Sir Felix Semon, Lambert Lack, Richard Lake, Ernest Waggett, Barclay Baron.
Secretäre: C. A. Parker, James Donelan.

Ordentliche Versammlung.

Dr. Thomas James Walker, (Peterborough), wird in Anerkennung seiner Verdienste in den Anfangszeiten der Laryngologie zum Ehrenmitglied erwählt.



Bronner: Präparat von einem gestielten Angiom des Larynx. Es handelt sich um einen 83jähr. Mann, der seit 20 Jahren an leichter Heiserkeit leidet. Seit 5 Monaten erhebliche Verschlechterung. Eine ziemlich grosse himbeerartige Geschwulst war in der Glottis zu sehen, die mit Fränkel'scher Zange entfernt wurde.

de Santi stimmte der Diagnose Angiom bei.

Scanes Spicer: Behandlung einer Sattelnase bei einer Frau mit subcutanen Vaselininjectionen. Abbildungen und Photographien vor und nach der Behandlung.

25jährige Frau mit Naseneiterung und Foetor seit der Kindheit. Der Nasenrücken war eingesunken und es wurden nach der von Gersuny (Wien) vorgeschlagenen Methode Injectionen mit Paraffin vom Schmelzpunkt 40° angewandt. Es wurden 10—12 Tuberculinspritzen voll nach den verschiedenen Richtungen injicirt und die Hervorwölbung sogleich vom Assistenten mit dem Finger geformt. Trotz röthlicher Verfärbung der Nase wurde kein Schmerz gefühlt.

Es schien kein Paraffin in die oberen Augenlider einzudringen, aber dieselben wurden nach wenigen Tagen ödematös in einem von Tag zu Tag verschiedenen Grade.

Bezüglich der erlangten Nasenform war das Resultat zufriedenstellend und scheinbar dauerhaft, da seither im Verlauf von 8 Monaten keine Aenderung darin eingetreten war. In Zukunft will Vortr. kleinere Dosen und in verschiedenen Sitzungen injiciren und auch durch Druck das Eindringen des Paraffins in die Augenlider zu verhüten suchen.

de Santi beglückwünschte den Operateur zu seinem Resultat und empfiehlt die Anwendung von Bleiplatten auf die umgebenden Weichtheile und Verband nach der Operation zur Verhütung einer weiteren Ausbreitung des Injectionsmateriales.

Bronner ist der Meinung, dass ein Abwärtsrichten der Injectionsnadel die falsche Ausbreitung des Paraffins verhüte. In einem Fall hatte er mit einer anderen Schwierigkeit zu kämpfen, nämlich mit einer zu schnellen Erhärtung der Injectionsmasse. Zwei oder drei Wochen danach trat eine Entzündung aber ohne Eiterung auf.

Lambert Lack hält die Resultate für ausgezeichnet. Er empfiehlt die Haut etwas in die Höhe zu heben um eine kleine Tasche für die Injection zu bilden.

Donelan: Um das zu schnelle Abkühlen des Paraffins zu verhüten, könnte man vielleicht verschiedene Nasenmodelle, von aristokratischer bis zu ganz vulgärer Form, nach dem Princip der Leiter'schen Röhren anfertigen, wodurch die Nase dann auf einer bestimmten Temperatur gehalten und ihr die gewünschte Form gegeben werden kann.

Scanes Spicer. In dem demonstrirten Falle wurden etwa 20 g injicirt. Der Kranke hatte dabei keine Schmerzen.





Scanes Spicer: Verlauf einer Radikalheilung von multipler eitriger Sinusitis und polypöser Erkrankung der Nase.

Es handelt sich um einen bereits im April 1895 und Januar 1896 demonstrirten jungen Mann.

1893 bestand ein Empyem der rechten Kieferhöhle und Polypenbildung in der Nase. Im selben Jahre wurde die Radikaloperation ausgeführt und damit eine Heilung erzielt.

1895 wurde beiderseitiges Stirnhöhlenempyem diagnosticirt, beide Höhlen wurden eröffnet, curettirt, Gummidrains eingelegt und die Hautwunde nach der Operation geschlossen. Eine Zeit lang dauerte noch die Eitersecretion, dann versiegte sie vollständig und während der nächsten $5^1/_2$ Jahre blieb der Operirte völlig gesund und leistete in Indien Militärdienste. Er starb an intercurrenter Erkrankung.

Scanes Spicer: Knochenverdickung der rechten Stirnhöhle und Polypenbildung in derselben. Recidiv der Knochengeschwulst nach der Operation.

Bei einem 40jährigen Mann trat im October 1901 eine Schwellung über der rechten Stirnhöhle mit Schmerz und Oedem der Augenlider ein. Es wurde Flüssigkeitsansammlung diagnosticirt und grosse Massen einer diffusen Osteombildung weggemeisselt. Die mit polypösen Wucherungen erfüllte Stirnhöhle wurde ausgeschabt und drainirt. Am 5. Tage wurde die Gazetamponade aus der Wunde entfernt. Ungestörte Heilung. Einen Monat später trat von Neuem wieder eine Knochenschwellung auf und ebenso eine Knochenschwellung über der linken Stirnhöhle, wo sich der Kranke zufällig gestossen hatte. Unter Jodkalium verringerte sich die Schwellung und das Lidödem verschwand.

Milligan: Präparat von pharyngealem Lipom.

Der Tumor wurde durch seitliche Incision bei einer 37jähr. Frau entfernt, die schon seit 1—2 Jahren an Dyspnoe litt. Es fand sich eine grosse eiförmige weiche Schwellung an der hinteren Wand der linken Pharynxseite von dem Gaumensegel an bis hinunter zum Larynx.

Milligan: Mikroskopische Untersuchung eines Fibrosarkomes des rechten Stimmbandes.

Ein 61jähriger Mann litt während 6 Monaten an zunehmender Stimmschwäche und wies dann eine leichte Congestion des rechten Stimmbandes auf. Nach weiteren 6 Monaten fand sich eine weiche rundliche rothe Geschwulst an der Oberfläche des rechten Stimmbandes, das selber roth und unbeweglich war.

Die Geschwulst wurde nach Larynxfissur entfernt und nun nach 12 Monaten befindet sich Pat. noch völlig wohl.

Die Clinical Research Association betrachtet die Geschwulst als Fibrosarkom. Das Präparat wurde dem Comité für krankhafte Geschwülste überwiesen.

Milligan: Röntgenphotographien von einem Gebiss, das im oberen Larynxeingang festsass, von einem Stück Hartgummirohr in der Kieferhöhle, und einem Katheter in der Stirnhöhle.



Sharman: Papillom der Tonsille und des hinteren Gaumenbogens. Der Fall wurde bereits 1898 demonstrirt. Die Geschwulst erwies sich als echtes Papillom. Die Tonsille wurde gänzlich exstirpirt. Das eine der Papillome entsprang deutlich von der Oberfläche der Tonsille und nicht von der Plica semilunaris.

Eine sich selbst entfaltende Nasenpolypenschlinge. Atwood Thorne demonstrirt ein neues Modell einer Modification der Krause'schen Schlinge und erklärt die Anwendung des Instrumentes, das ihm sehr gute Resultate gegeben hat.

Jobson Horne: Nasale Obstruction bei einer 24jährigen Frau. Die unteren Muscheln waren vor 7 Jahren auf beiden Seiten entfernt worden und der untere Meatus war jederseits sehr geräumig. Der mittlere Meatus dagegen war durch Hypertrophie der mittleren Muscheln verlegt und es fanden sich adenoide Wucherungen. Die bestehende Obstruction der Nase schien also auf Verlegung des mittleren Meatus zurückzuführen und war eine Bestätigung der Parker'schen Beobachtungen (Journal of Laryngology. Vol. XVI. p. 345), dass nämlich der Inspirationsstrom durch den mittleren Meatus, der Exspirationsstrom durch den unteren Meatus passirt. Es entsteht die Frage, ob die Hypertrophie der mittleren Muschel nicht eine Folge der Abtragung der unteren Muschel war.

Herbert Tilley findet, dass die Inspiration ganz frei ist, wenn ein Speculum eingeführt wird und führt die Stenosensymptome auf Collaps der Nasenflügel zurück.

Bennett meint, dass das Obstructionsgefühl der Kranken auf einem Contact des vorderen Endes der mittleren Muschel mit dem Septum beruhe und dass es beseitigt werden könne dadurch, dass man einen derartigen Contact durch eine kleine Schleimhautabtragung mit Galvanokauter oder Schlinge unmöglich mache.

Scanes Spicer bemerkt, ohne Beziehung auf den vorliegenden Fall nehmen zu wollen, dass nach seiner Ansicht Collaps der Nasenflügel infolge mangelhafter Action der Nasenerweiterer zu oft übersehen wird.

Diese Störung kann durch zielbewusste Uebung der Muskeln überwunden werden und in manchen Fällen ist eine Dehnung dieser Partien von Nutzen. Er empfiehlt systematische Tubirung der Nasenlöcher und das Tragen eines Celluloid- oder Kautschuk-Dilatators während der Nacht. Regelmässige Uebungen tragen zur coordinirten Function der Dilatatoren und der Respiration wesentlich bei.

Burt bespricht ebenfalls den Collaps der Nasenflügel.

Mc. Bride vermag nicht einzusehen, wie eine Dilatation des Vestibulums die Parese der Nasenerweiterer günstig beeinflussen soll.

Scanes Spicer ist der Meinung, dass längere Nichtübung Schwäche der Nasenflügelmuskel und Rigidität der Weichtheile verursacht. Diese Rigidität kann durch forcirte Dehnung überwunden werden und damit für die Muskeln eine günstigere Functionsbedingung geschaffen werden. Der Vorgang dabei ist ein ähnlicher, wie die Mobilisirung steifer Gelenke.

Oefters ist es dem Vortragenden geglückt, unmittelbar nach der Dehnung der Nasenflügel bei nasalen Stenosen normale respiratorische Function der Muskeln zu erzielen.

Milligan fragt nach Nerven- und Muskelveränderungen bei derartigen Paresen.

Jobson Horne fügt noch zu seinen ersten Auseinandersetzungen hinzu, dass bei dem Patienten sich schon Larynxödem zu entwickeln drohte, und dass Nasen- und andere Symptome unter dem Einfluss von Schilddrüsenextract wesentlich besser wurden.

H. Snell: Herpes des Gaumens.

Donclan: Laryngitis syphilitica bei einem 52jährigen Mann. Es handelt sich um einen Fall von unilateraler Ulceration, der bereits in der Novembersitzung demonstrirt worden ist. Anfangs ging der Fall auf antisyphilitische Behandlung zurück, dann aber breitete sich die Ulceration aus und schien bösartig zu werden.

de Santi ist der Ansicht, dass Ulceration und Verdickung zugenommen haben und empfiehlt mikroskopische Diagnose.

de Santi: Ausgedehnte Zerstörung des Naseninnern durch tuberculöse Geschwüre. Es handelt sich um eine 31 jährige, seit 7 Jahren verheirathete Frau, die einmal eine Fehlgeburt durchgemacht hat. Keinerlei Anhaltspunkte für vorangegangene syphilitische Erkrankung. Seit 4 Jahren Lungentuberkulose mit massenhaften Tuberkelbacillen. Seit 3 Jahren Erkrankung der Nase und des Kehlkopfs. Das ganze Septum und die 4 Muscheln in grösserer Ausdehnung waren zerstört bei hochgradiger äusserer Deformität der Nase. Die Ulcerationen sind zur Zeit noch in Ausdehnung begriffen. Die hinteren Gaumenbögen sind gefenstert. Antisyphilitische Behandlung ist seither noch nicht angewandt worden.

Der Vorsitzende hält Syphilis für die unbedingte Ursache.

Fitzgerald Powell schliesst sich durchaus der Meinung der Vorsitzenden an.

Bennett: Exquisit schmerzhafte Ulceration des Septums. Es handelt sich um eine zarte, dyspeptische, 22jährige Frau mit Perforation des Septums und Schwellung der Weichtheile. Sie steht seit 14 Jahren in Behandlung, und es ist bereits mancher Versuch gemacht worden, die mittleren Muscheln zu curettiren und zu entfernen, um die Schmerzen zu erleichtern. Zu einer Zeit war das Septum einen vollen Zoll dick, während jetzt die ganzen knorpeligen Partien zerstört sind.

Tilley macht eine Eiterlinie ausfindig, die nahe von dem Ostium der Kieferhöhle herkommt.

Dundas Grant hält die Erkrankung für tuberkulös.

Scanes Spicer fragt, ob die Geschwürsbildung am Knochen oder am Knorpel begonnen habe. Im ersteren Fall wäre an Syphilis, im letzteren an Lupus zu denken.



Milligan hält es für möglich, dass die Ursache Bohren mit dem Finger in der Nase gewesen ist.

Lambert Lack hält Syphilis für wahrscheinlich und hat niemals eine progressive Ulceration des Septums durch Sinuseiterung gesehen.

7. Februar 1902.

Vorsitzender: E. Creswell Baber.

Bericht des Comités für krankhafte Geschwülste:

1. Milligan's Fall von Fibrosarkom des rechten Stimmbandes. Januar 1902. Es fand sich kein genügender Anhaltspunkt für die Diagnose Fibrosarkom. Die Hauptmasse der Geschwulst bestand in fibrösem Gewebe. Das Comité ist der Ansicht, dass das untersuchte Gewebe das Resultat langsamer Entzündungsprocesse ist.

2. Milligan's Fall von Pharynxlipom. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose.

Richard Lake: Tuberculose des Larynx mit deutlicher äusserer Schwellung über dem Thyreoidknorpel.

Es handelt sich um einen 87jährigen Mann, bei dem tuberculöses Gewebe 1898—1899 aus dem Kehlkopf entfernt worden war. Er blieb dann gesund während der nächsten 18 Monate, bis er eine allmählich zunehmende Schwellung über dem Kehlkopf bemerkte. Gegenwärtig erscheint der Thyreoidknorpel erheblich verdickt, ziemlich hart und von unregelmässiger Oberfläche. Es bestand eine ausgesprochene Hervorwölbung an einem Taschenband.

Dundas Grant hat einen ähnlichen, aber viel schneller verlaufenden Fall von Thyreoidknorpelschwellung gesehen, bei dem gleichzeitig Tuberculose des Kehlkopfinnern bestand. Er empfiehlt Incision und Untersuchung auf Eiter.

Lawrence: Rhinorrhoe von mehrjähriger Dauer bei einer 38jährigen Frau.

Beginn gleichzeitig mit allgemeinem Oedem (renalen Ursprungs?) im Alter von 20 Jahren. Die Rhinorrhoe bis jetzt fast constant. Die Kranke leidet an vasomotorischen Erscheinungen an den Fingern und vorübergehender Analgesie an oberen und unteren Extremitäten. Weder locale (einschliesslich Adrenalin) noch allgemeine Behandlung haben eine Besserung des Zustandes herbeigeführt.

Der Vorsitzende empfiehlt die äussere Anwendung des galvanischen Stromes.

Westmacott hat bei Rhinorrhoe von der anästhesirenden Wirkung der Carbolsäure günstige Wirkung gesehen, welche er auf die ganze mittlere Muschel 14 Tage lang täglich applicirte.

Tilley, Lack, Pegler, Grant, Powell lenken die Aufmerksamkeit auf locale Defecte in der Nase und empfehlen Abtragung von Partien der mittleren Muschel oder Aufrichtung des Septums.

F. G. Harvey: Lupus nasi.

Die Erscheinungen an den unteren Muscheln und der Nasenspitze wurden mit Curettement behandelt, aber die Erkrankung machte am Nasenrachendach Fortschritte.

Parker hatte den Fall früher in Behandlung und hatte im Jahre 1894 eine hypertrophische Exkrescenz einer unteren Muschel entfernt. Heilung war dabei nicht eingetreten und die Wunde zeigte das Aussehen eines tuberkulösen Geschwüres. Dann fanden sich auch noch deutliche Zeichen phthisischer Lungenerkrankung. Vielleicht war die Wunde durch Sputum inficirt worden. Der Fall war bereits 1895 als „tuberkulöse Ulceration der Nase und des Rachens“ vorgestellt. Darnach erscheint die typische lupöse Veränderung an der Nase und die Epiglottisaffection. Eine schwere Erysipelinfection brachte mehr Besserung als alle Behandlungsverfahren es vermocht hatten.

Vor 3 Jahren war die Affection schwerer als jetzt.

Lambert Lack: Partielle membranöse Verschliessung der rechten hinteren Choane.

Es handelt sich um einen 18jährigen Knaben mit dickem Ausfluss aus der Nase seit einigen Jahren und einer kleinen Septumperforation.

Man sieht einen halbmondförmigen Narbenstrang vom Dach des Nasenrachenraums nach abwärts ziehen bis zur Basis des Nasenseptums und die rechte Choane fast völlig verschliessen, nach der linken Seite hinüber nur wenig hervorragend.

Der Vorsitzende und Scanes Spicer hält den Narbenstrang für nasopharyngeal und nicht für choanal.

Dundas Grant eruirt Anhaltspunkte dafür, dass aus der Nase krümelige Massen hervorgekommen seien, möglicherweise ein Sequester oder ein Rhinolith.

Spencer bemerkt Stigmata, die auf hereditäre Syphilis schliessen lassen.

St. Clair Thomson hält die Narben für durchaus pharyngealer Natur, wie man sie bei alten Adenoidfällen so oft sieht. Die Perforation ist wahrscheinlich traumatischer Natur und es gelingt ihm auch anamnestisch Angaben zu erhalten, dass einst ein grosser Nagel in die Nase eingedrungen und darnach eine heftige Blutung aufgetreten sei.

Lambert Lack hat eine Digitaluntersuchung vorgenommen und deutlich einige narbige Stränge gefühlt. Er glaubt, dass sie auf angeborener Lues beruhen.

Lambert Lack: Fall von Larynxödem zur Diagnose.

Es handelt sich um einen 40jährigen Mann, der schon seit 6 Monaten an Heiserkeit litt und keine Anzeichen von Tuberkulose hatte. In der rechten Arytaenoidregion war eine ungeheure ödematöse nicht ulcerirte Schwellung zu bemerken, die das Larynxinnere verdeckte.

Spencer ist der Meinung, dass die Erkrankung eine syphilitische sein müsse, weil sie für Tuberkulose schon zu lange dauert, und weil das Fehlen ge-

schwollener Halslymphdrüsen gegen Epitheliom spräche, welches bei derartigem Sitz sehr leicht zu Drüsenmetastasen führe.

St. Clair Thomson sah vor einem Jahre einen ganz ähnlichen Fall, der zum Exitus kam und sich als Tuberkulose erwies.

Lack: Der Kranke hat Jod und Quecksilber während 3 Monaten bekommen, aber anstatt Besserung Verschlechterung damit erzielt, was ihm gegen Tuberkulose sowie gegen Syphilis zu sprechen scheint.

Atwood Thorne: Syphilitische (?) Ulceration des Gaumensegels im Verlauf einer antisyphilitischen Behandlung.

Es handelt sich um einen 23jährigen Mann, der einer Quecksilberkur seit der Acquisition eines Schankers unterworfen wurde. Er hatte auch einen Monat lang Jod gebraucht. Im achten Monat der Behandlung entstand eine ausgedehnte Ulceration am Gaumensegel und Schleimhautbelag im Oronaso- pharynx. Der Mann machte dabei einen schwer kranken Eindruck. Ueber beiden Spitzen fanden sich Rasselgeräusche, aber keine Tuberkelbacillen. Die specifische Behandlung wurde unterbrochen.

St. Clair Thomson und Lake halten die Erscheinungen für rein syphilitische.

Dundas Grant denkt an Complication von Lues und Tuberkulose.

Spencer ist derselben Meinung und empfiehlt tonische Behandlung.

Lambert Lack hält die Affection für eine luetische, die durch Bettruhe, Ernährung mit Milch und Eiern und leichter antisyphilitischer Behandlung sicherlich nach 4 Wochen schon wesentlich gebessert sein wird.

Fitzgerald Powell empfiehlt Arsenik und Strychnin.

Waggett: Myelom der Nase.

Eine 30 jährige Frau, die seit Oktober in Behandlung steht, bemerkte, dass sich ihre Nase ganz schnell in der Zeit zwischen Juni und Oktober verstopfte, dabei bestand häufig Nasenbluten. Die Nasenhöhle war rechts ganz mit einer dunkelrothen Geschwulst von intacter weicher Oberfläche ausgefüllt, die sich elastisch anfühlte und leicht blutete. Zugleich bestand eine rechtsseitige Ptosis. Der Tumor wurde in Narkose entfernt und erwies sich auch als Ursache der Ptosis durch Druckwirkung, nicht durch Hineinwuchern in die Orbita. Das Gewebe war dunkelroth, fest und von Knochenbälkchen durchsetzt. Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als Myelom, mit zahlreichen Riesenzellen. In Rücksicht auf die lediglich locale Malignität derartiger Tumoren wurde eine Radicaloperation unternommen. Die Geschwulst schien von der mittleren Muschel auszugehen, weswegen Rouge's Operation ausgeführt und die vordere und innere Wand der Augenhöhle weggenommen wurde. Es wurde die Laryngotomie ausgeführt und die Narkose per os auf diese Weise umgangen, was ein ungestörtes Operiren ermöglichte.

Die Heilung geschah sehr schnell, und die Verschliessung der Operationshöhle erfolgte so schnell, dass der Verdacht eines Recidivs nahe lag, indessen hat dieselbe seit den letzten 6 Wochen keine Fortschritte mehr gemacht.

Spencer ist der Meinung, dass ein Recidiv auch von Nasenbluten begleitet sein würde.

Davis: Tertiäre Syphilis des Pharynx und Larynx. Phonation mit den Taschenbändern.

Narbenstenose des Larynx.

Davis: Larynxtuberkulose mit Granulationen zwischen den Stimmbändern.

Die Stimmbänder wurden durch eine Granulationsmasse auseinandergedrängt, die sich während einer Freiluftkur im Anschluss an früher mit Milchsäure touchirte Ulcera entwickelt hatte.

Pegler: Unvermögen durch die Nase zu athmen bei einer 23jähr. Frau. Nasenpassage ganz frei; hysterische Aphonie; Rhinalgie.

Ein alter Fall von functioneller Aphonie und Apsithyrie. Nach Entfernung einiger adenoider Wucherungen und Muschelhypertrophien trat das Unvermögen der Nasenathmung nur noch stärker hervor. Das Sprechen klang nicht nasal, aber es ging ihm allemal ein eigenthümlicher, durch das Velum hervorgebrachter Ton vorauf. Alle Versuche, die Athmung durch die völlig freie Nase zu erzwingen, waren erfolglos. Möglicherweise geschah ein Abschluss durch Contraction des Gaumensegels, welches übrigens paretisch schien.

Der Vorsitzende hat Erfahrungen über ähnliche Fälle, die er als Neurose des Gaumensegels betrachtet.

Scanes Spicer erklärt die Erscheinungen durch hysterische Contraction des Velums und des Pharynx im Augenblick, wo es erschlaffen und die Athmungsluft durchlassen sollte: ein perverser Athemtypus! Vielleicht könnte eine Dehnung der Nasenflügel und Uebung der Dilatatoren nützen.

Waggett empfiehlt ein energisches Eingreifen wie bei anderen hysterischen Erscheinungen, durch Zubinden des Mundes.

Atwood Thorne empfiehlt Athemübungen bei verschlossenem Munde.

Fitzgerald Powell spricht von Neurosen des Gaumensegels wie von Neurose der Stimmbänder.

Williams Hill denkt an mangelnde Muskelcoordination.

Dundas Grant führt die Erscheinung auf Anästhesie zurück. Die Kranke fühlt die Luft nicht durch die Nase streichen und bildet sich daher ein, es geht keine hindurch!

Pegler: Unvermögen durch die Nase zu athmen, freie Nasenpassage, Hyperästhesie des Gaumens und Rachens.

31jährige Frau litt vor 4 Monaten an Tonsillitis und im Anschluss daran an Regurgitation flüssiger Nahrung aus der Nase. Bei wiederholter Untersuchung fanden sich Löfflerbacillen. Seit jener Erkrankung war die Nasenathmung völlig aufgehoben und es fehlte die nasale Resonanz der Sprache. Erstere wurde durch forcirte Schliessung des Mundes wieder hergestellt, letztere durch instrumentelles Vorwärtsziehen des Gaumensegels. Der Erfolg war ein dauernder.

Scanes Spicer ist der Meinung, dass es sich um eine thatsächliche Verstopfung der Nase handelte.



Winrace sprach über die Diagnose der Diphtherie in diesem Falle.

Hunter Tod: Oedem des Larynx mit Schwellung des Gaumens, der Uvula und des Schlundes.

Es handelt sich um einen 10jährigen Knaben, der seit zwei Jahren an erschwerter Athmung leidet. Adenoide Wucherungen waren bereits entfernt worden. Körpergewichtsverlust und Nachtschweisse, aber kein Anzeichen von Lungentuberkulose, normale Temperatur, keine Bacillen. Es bestand eine enorme Schwellung der Epiglottis, die weich und blass war, ebenso die Aryknorpel. Keine Ulceration, Zeichen von congenitaler Lues nicht vorhanden.

Der Vorsitzende, Powell, Lake sehen den Fall als congenitale Lues an.

Spencer empfiehlt Scarification und Tracheotomie.

Dundas Grant sah einen ähnlichen Fall mit postscarlatinöser Albuminurie.

Waggett: Abnorm schmerzhafte Siebbeineiterung.

Es bestanden sehr heftige Schmerzen in frontaler und vertikaler Richtung. Von Zeit zu Zeit wurden nekrotische Partien des Siebbeins entfernt. Beide Stirnhöhlen wurden von der Stirn her eröffnet und gesund befunden. Ein neuropathisches Moment ist zweifellos.

Vinrace meint, ob nicht die Exploration der Stirnhöhlen selbst theilweise Ursache der Schmerzen gewesen sei.

Lambert Lack ist der Ansicht, dass das jetzige Leiden neurasthenischer Natur sei.

Jobson Horne kennt den Patienten und glaubt an Uebertreibung seiner Beschwerden.

Fitzgerald Powell befürwortet das Setzen eines Gegenreizes durch ein Haarseil am Nacken.

Westmacott hat periodisch wiederkehrende Schmerzen bei geheilten Fällen von Stirnhöhleneiterung gesehen, die durch Einblasungen gebessert wurden.

Waggett: Die Eröffnung der Stirnhöhlen wurde vorgenommen, da hochgradige Empfindlichkeit der Stirn und Schmerzen vorhanden waren bei eiternden vorderen Siebbeinzellen.

Dundas Grant: Subjective Verstopfung der Nase.

34jährige Frau mit Erstickungsanfällen bei verlegter Nasenathmung. Linkerseits war die Nasenhöhle frei und rechterseits abnorm weit wegen Atrophie der unteren Muschel. Es bestand beträchtliche Unempfindlichkeit der Schleimhaut, so dass Pat. ein Durchstreifen der Luft nicht verspürte.

Scanes Spicer erklärt die Erscheinung durch mangelhafte Entwickelung der Nasenathmung und Collaps der Nasenflügel.

Glastube zur Pulverinhalation in den Larynx.

Dundas Grant demonstrirt die Glastube von Leduc (Nantes) (La gazette méd. de Nantes. 16. Nov 1901), mit der er sehr gute Resultate erzielt hat, besonders bei Larynxtuberculose und Anwendung von Orthoform resp. Resorcin.



Hutchinson fand dieselbe gleichfalls zweckmässig.

St. Clair Thomson: Sonden und Watteträger von Holz.

Die demonstrirten „Wurststäbchen“ werden unter der Controle der deutschen Regierung eingeführt und erweisen sich als reinlich und billig.

7. März 1902.

Vorsitzender: E. Creswell Baber.

Fitzgerald Powell: Complete linksseitige Recurrenslähmung, die nach einer Heilungsperiode wieder aufgetreten war.

Ein 24jähriger Mann verlor im Februar 1901 plötzlich seine Stimme im Anschluss an einen Influenzaanfall. Im Mai 1901 fand sich die Stimme wieder ein und blieb kräftig bis December 1901, wo er sie von Neuem verlor. Es fand sich dann eine complete Lähmung des linken Stimmbandes, das in Cadaverstellung stand bei concavem Rande. Die Behandlung bestand in der Entfernung eines Nasenpolypen und eines Septumstachels, sowie in Verordnung von Jodkalium. Die Besserung machte schnelle Fortschritte. Auch bei sorgfältigster Untersuchung liess sich keine Ursache für die Lämung ausfindig machen.

Sir Felix Semon ist der Meinung, dass es sich wahrscheinlich um periphere Neuritis, hervorgerufen durch Influenzatoxine, handle. Ein Recidiv bei einem derartig geschädigten Nerven durch geringfügige Ursachen sei nicht unwahrscheinlich.

Fitzgerald Powell: Hämatom des Stimmbandes bei einer 29jährigen Frau.

Plötzlicher Stimmverlust. Das linke Stimmband bewegte sich träge und zeigte seiner ganzen Länge nach ein Blutextravasat.

de Havilland Hall: Ein derartiger Zustand findet sich gewöhnlich bei Frauen und hängt mit der Menstruation oder klimacterischen Beschwerden zusammen.

Dundas Grant hat bereits früher einen derartigen Fall vor der Gesellschaft demonstrirt, derselbe hat verschiedene Male recidivirt und führte schliesslich zur Entwickelung eines kleinen Angioms.

Donelan ist der Meinung, dass der Zustand sich in Folge von Husten bei Influenza entwickelte.

Fitzgerall Powald: Modification der Mackenzie'schen Zange zur Entfernung von Geschwülsten in der vorderen Commissur.

Die scharfen Enden sind nach vorn gerichtet.

Fitzgerald Powall: Alveolarer Drillbohrer für die Kieferhöhlen.

Dass Instrument hat eine beträchtliche Grösse (= Catheter 14). Er ist der Meinung, dass die Mehrzahl der Kieferhöhlenerkrankungen durch alveoläre Irrigationen heilbar sei. Durch eine derartig breite alveolare Oeffnung kann die Kieferhöhle sogar curettirt werden.



Der Vorsitzende glaubt, dass für die Einführung eines so grossen Instrumentes die Extraction eines Zahnes nicht ausreicht.

St. Clair Thomson spricht über Complicationen mit eitriger Ethmoïditis.

Dundas Grant bedient sich eines ganzen Trepans, das durch einen starken Drill getrieben wird.

Willcocks: Lähmung des linken Stimmbandes.

Complete linksseitige Stimmbandlähmung ohne ersichtliche locale oder allgemeine Ursache bei einem 45jährigen Mann.

de Havilland Hall berichtet von einem ähnlichen Fall, in welchem ein verborgenes Aneurysma zu Grunde lag.

de Santi erwähnt einen derartigen Fall, in welchem das Aneurysma nur mit Röntgendurchstrahlung gefunden wurde.

Sir Felix Semon hat verhältnissmässig oft Stimmbandlähmungen gesehen bei Aneurysmen, die so klein waren, dass sie keine physikalischen Erscheinungen machten.

Donelan berichtet über ein am 2. Juni 1901 der Gesellschaft demonstrirtes Präparat, bei dem ein kleines ovales Aneurysma der Aorta etwas ausserhalb von der Subclavia eine Stimmbandlähmung verursacht hatte.

Betham Robinson: Larynxstenose durch Narbencontraction in der Interarytaenoïdregion.

Der 22jährige Patient hatte nachweislich vor einigen Jahren eine Diphtherie mit nachfolgendem Verlust der Stimme durchgemacht. Später kam sie allmählich wieder. Jetzt besteht Dyspnoe bei geringen Anstrengungen. Die Abduction war durch eine Narbenmembran zwischen den Arytenoïdknorpeln unmöglich gemacht. Gleichzeitig bestand eine ausgedehnte Perforation der Nasenscheidewand und Schwund des Zäpfchens, wahrscheinlich durch Syphilis.

Der Vorsitzende empfiehlt Tracheotomie.

Sir Felix Semon bemerkt, dass die Adhäsion an den hinteren Enden der Stimmbänder nur gerade eben sichtbar ist. Dieser Befund erinnert ihn an den bekannten Fall von Sidlo, wo beiderseitige Abductorparalyse diagnosticirt war, bei der Obduction aber eine verborgene Narbe sich als Ursache der Stenose herausstellte. Solche Fälle empfehlen Vorsicht in der Diagnose. Er hält die Erkrankung für syphilitisch.

Dundas Grant hält die Erkrankung mit Wahrscheinlichkeit für Perichondritis, wie sie nach Typhus vorkommt.

St. Clair Thomson empfiehlt Tracheotomie.

Adolf Bronner: Präparate einer tuberculösen Schleimhautgeschwulst an der rechten mittleren Muschel.

Ein 50jähriger Mann leidet seit einigen Jahren an Verstopfung der Nase. Anamnestisch litt er vor einem Jahre an Ulcerationen im Halse und seit Kurzem



an Ausfluss aus der Nase und üblen Geruch. Eine Lungenspitze ist krank. Es wird die geschwollene Schleimhaut von der unteren Muschel abgetragen. Dieselbe ist stark ulcerirt und erheblich verdickt. „Die Geschwulst besteht aus tuberculösem Granulationsgewebe mit zahlreichen miliaren Tuberkeln und Riesenzellen.“

St. Clair Thomson erwähnt einen Aufsatz von Steward über Tuberculose der Nase (Guy's hospital Reports, Band IV). Er hebt hervor, dass die mittlere Muschel sehr selten betroffen ist.

de Santi: Intranasale tertiäre Syphilis, bei welcher die Stirnhöhle zweimal erfolglos eröffnet wurde.

Bei einer 48jährigen Frau kamen in den letzten 9 Jahren mehrfach Knochensequester und Eiter aus der Nase. 1901 litt sie an Schmerzen über der Nasenwurzel und der rechten Stirnhälfte. Die Stirnhöhle und die rechte Kieferhöhle wurden eröffnet, aber gesund befunden. Einige Monate später wurde die rechte Stirnhöhle wieder geöffnet, wobei sich ein wenig Eiter und verdickte, katarrhalische Schleimhaut sowie ein grosser Sequester der Siebbeinregion fand. Zur Zeit besteht noch heftiger Kopfschmerz und grünlich-schwärzlicher Ausfluss aus den hinteren Partien der Nase. Die Nasenscheidewand ist intact.

Dundas Grant glaubt, dass der Sequester von der Verbindung des Pflugscharbeins und Keilbeins herstammt. Er empfiehlt gute Ernährung, Quecksilberschmierkur, Jod und Opium.

Herbert Tilley hält den Sequester für ein Zeichen von Keilbeinhöhleneiterung.

Vinrace verlangt Aufklärung über die Indicationen, die in diesem Fall für die Stirnhöhlenoperation vorlagen, die doch offenbar den Zustand nur noch verschlechtert hatten.

de Santi würde in Narkose untersuchen, es indess nicht für gerathen halten, den Sequester zu entfernen, wenn er sich nicht von selbst abstosse.

de Santi: Angioneurotisches Oedem der rechten Hand mit seit kurzem auftretenden Anfällen von Dyspnoe.

Eine 26jährige Frau hatte in den letzten Jahren wiederholt starke Schwellungen der rechten Hand, die nach einiger Zeit wieder vorüber gingen. Vor sechs Wochen fing nun die rechte Gesichtshälfte an zu schwellen und seit drei Wochen vermochte sie den Mund nicht mehr recht zu öffnen, dazu trat Erstickungsgefühl im Halse. Die Untersuchung ergab ödematösen Zustand des Larynx.

de Havilland Hall erwähnt einen ähnlichen Fall bei einer 45jähr. Dame, bei der anfallsweise Schwellungen an Hals und Gesicht auftraten, bei zeitweiligen grossen Athembeschwerden, offenbar weil auch der Larynx an den Schwellungserscheinungen betheiligt war. Er hat seine Kranke niemals mit einem derartigen Anfall im Kehlkopf gesehen, aber gewöhnlich vermochte er Schwellung der Mundschleimhaut zu constatiren.

Er kennt noch einen anderen Fall, einen Knaben, bei dem Erscheinungen dieser Art an der linken Hand auftraten. Der Knabe litt gleichzeitig an cyklischer Albuminurie.

Law hat vor Jahren gleichfalls einen ähnlichen Fall gesehen.

Lambert Lack: Schnell recidivirende Larynxpapillome.

Bei einem 21jähriger Mann war vor 6 Wochen ein gewöhnliches Papillom vom rechten Stimmband entfernt worden. Es trat darauf eine heftige Reaction der Stimmbänder ein, dieselben schwollen an, wurden roth und unregelmässig. Diese Erscheinungen gingen zwar vorüber, aber die Geschwulst recidivirte und es fanden sich nun 2 deutlich frische Papillome an dem anderen Stimmband.

Lake empfiehlt bacteriologische Untersuchung eines excidirten Tumorpartikelchens.

Dundas Grant: Traumatische Stenose der Trachea.

Eine 22jährige Frau war vor ca. 3 Jahren auf eine Messerklinge aufgefallen und hatte sich dabei an der Trachea verletzt. Seit 6 Monaten klagt sie nun über Dyspnoe bei geringen Anstrengungen. Das linke Stimmband war vollständig fixirt, offenbar durch Recurrensverletzung. Im Uebrigen war Vortr. nicht im Stande, die Ursache der Trachealstenose ausfindig zu machen.

Cathcodt: Rhinorrhoe bei einem 9jähr. Mädchen.

Sei dem 2. Lebensjahr bestand ein dünner, wässriger Ausfluss. Die Oberlippe war excoriirt. Adenoide Wucherungen waren entfernt worden und die Nase war bereits mehrfach bei Narkose untersucht, und alles mögliche Local- und Allgemeintherapeutische bereits versucht worden.

de Havilland Hall behandelte einen Fall, in welchem im Verlauf von 24 Stunden mehr als 20 Unzen klarer Flüssigkeit secernirt wurden. Die Störung hatte 10 Jahre gedauert und schliesslich zu Polypenbildung geführt. Der Kranke behandelte sich mit heissen Fussenfbädern, Atropin und Morphium.

Er empfiehlt einen Adrenalinspray.

St. Clair Thomson hält den Patienten für zu jung für eine uncomplicirte Hydrorrhoe. Manche Fälle wurden günstig beeinflusst durch Strychnin und Atropin nach Lermoyez. Adrenalin ist sehr unsicher und verschlimmert sogar zuweilen die Rhinorrhoeen.

Der Vorsitzende empfiehlt die Anwendung des constanten Stroms aussen auf die Nase. Zu energische Adrenalinwirkung kann längerdauernden Schnupfen hervorrufen.

Sir Felix Semon hat die Erfahrung gemacht, dass Adrenalin für 1 oder 2 Stunden Trockenheit der Nase verursacht, hinterher aber vermehrte Secretion.

Waggett hat bei 3 oder 4 Patienten mit der Lermoyez'schen Behandlung Besserung erzielt, aber nicht dauernde.

Bronner hält das Suprarenalextract für wirksamer als Adrenalin.



Lake: Ein Fall von atrophischer Rhinitis, bei welchem Injection von geschmolzenem Paraffin in die unteren Muscheln gute Resultate hatte.

Eine 25jährige Frau litt schon seit Jahren an foetider atrophischer Rhinitis; die Krustenbildung besserte sich unter der Behandlung, aber die Patientin war unglücklich darüber, dass sie die Luft nicht durch die Nase streichen fühlte. Deshalb kam L. auf die Idee, die Passage zu verengern durch eine Vergrösserung der unteren Muscheln.

Das Paraffin wurde unter die Schleimhaut der unteren Muscheln vom hinteren Ende angefangen nach vorne vorschreitend injicirt und zwar in mehreren Sitzungen im Verlauf einer Woche. Die Patientin empfand wesentliche Erleichterung.

Waggett ist erstaunt die Muscheln von so normaler Beschaffenheit zu sehen.

Lake erwähnt, dass die Injection unter Cocainanästhesie vorgenommen wurde.

Herbert Tilley: Papillomatöse Geschwülste am hinteren Rand des Vomer.

Es handelt sich um einen Mann, der wegen Verstopfung der Nase in Behandlung ist. In der Mitte des Vomerrandes sieht man ein ganz kleines Papillom von weisslicher Farbe. Er betrachtet es nur als harmlose Curiosität.

Herbert Tilley: Ein Fall von syphilitischer (?) Erkrankung des Larynx, die ein malignes Leiden vortäuscht.

Ein 28jähriger Mann, der vor Jahren Syphilis durchgemacht hat. Seit 6 Wochen Heiserkeit, Schluckbeschwerden und ausstrahlende Schmerzen nach dem rechten Ohr. Der Larynx im Ganzen hyperämisch, das rechte Stimmband bewegungslos, darunter ein Ulcus mit prominenten Rändern. Keine Lungenerkrankung nachweisbar.

Fitzgerald Powell hält den Larynx für tuberculös.

11. April 1902.

Vorsitzender: E. Creswell Baber.

Wyatt Wingrave: Kehlkopfgeschwulst bei einem 50jährigen Manne.

Der Fall wird behufs Diagnose vorgestellt.

W. H. Kelson: Larynxtumor.

Eine 74jähr. Frau ist seit 9 Monaten heiser. Man sieht einen rundlichen, harten, grauen Tumor von der Grösse einer Schnellkugel über der vorderen Partie des linken Stimmbandes.

Scanes Spicer diagnosticirt auf Cyste.

Der Vorsitzende glaubt, dass es sich möglicherweise um einen sog. Prolapsus ventriculi handle.

Jobson Horne ist sich nicht klar darüber, ob es sich um einen Prolapsus oder um einen festen Tumor handelt, der vom Dach des Ventrikels ausgeht.

St. Clair Thomson hält den Tumor für ein cystisches Fibrom.

Sir Felix Semon ist ebenfalls der Meinung, es handle sich um ein cystisches Fibrom, die Oberfläche ist für eine einfache Cyste zu stark granulirt.

Kelson stimmt der letzteren Auffassung bei.

Kelson: Tuberkulöse Erkrankung des Larynx.

Es handelt sich um eine 42jährige Frau, bei der ein Granulom aus dem linken Ventrikel hervorragte.

Grant stimmte der Diagnose bei.

St. Clair Thomson: Fall von syphilitischer Laryngitis, die vielleicht mit Tuberkulose complicirt ist.

Ein Fall von syphilischer Ulceration des einen Stimmbandes und des Pharynx. Merkliche Besserung durch Jod. Eine Infiltration der Regio interarytaenoidea nimmt augenscheinlich zu. Temperatur subnormal. Körpergewichtszunahme.

Permevan hält Syphilis allein für die wahrscheinliche Krankheitsursache.

Arthur Cheatle: Congenitaler Mangel des vorderen Theiles der Nase und Verschluss der vorderen Nasenlöcher.

Es handelt sich um ein 6 Wochen altes Kind, das rechtzeitig auf die Welt gekommen war. Anamnestisch liegt nichts von Lues vor. Das Nasenbein war vorhanden, aber das übrige vordere Knochengerüst der Nase fehlte. Keine weiteren Anomalien.

Der Vorsitzende wirft die Frage einer intrauterinen Syphilis auf. Merkwürdiger Weise schläft das Kind ganz ruhig.

William Hill: Die Nase war offenbar ursprünglich offen und schloss sich erst durch activ intrauterine entzündliche Processe.

A. Cheatle: Demonstration eines Rhinolithen.

Der Rhinolith stammt von einer früher syphilitischen Frau. Er wog beinahe 10 g und schloss als Kern ein nekrotisches Stück der unteren Muschel ein. Er bestand zu gleichen Theilen aus phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk.

Lambert Lack: Neues Modell einer Kehlkopfzange.

Das Modell ist sehr leicht und ersetzt den rechten Winkel der Mackenzie'schen Zange durch einen stumpfen Winkel. Die Epiglottis kann damit gleichzeitig nach vorne gezogen werden. Die Zangenblätter sind an der Spitze nach vorne gekrümmt, um in der vorderen Commissur operiren zu können.

Lambert Lack: Thyrotomie wegen Larynxtuberkulose.

Ein ausserordentlich kräftiger Mann war im April 1901 wegen 3 Monate



dauernder Heiserkeit in Behandlung. Bei der Untersuchung fand sich ein scharfrandiges Ulcus mit infiltrirter Umgebung auf der Mitte des rechten Stimmbandes, dessen Bewegungen beträchtlich gestört waren. Der übrige Kehlkopf war ganz normal. Keine Tuberkelbacillen im Sputum, keine Drüsenschwellungen. Diagnose: Epitheliom. Entfernung des ganzen rechten Stimmbandes nach Thyrotomie. Ausgezeichneter Heilverlauf. Nach Aussage des pathologischen Anatomen handelt es sich um Tuberkulose und nicht um Epitheliom.

Im August 1901 traten Drüsenschwellungen auf und im September wurde unter dem Sternocleidomastoideus ein Drüsenpacket entfernt. Einige Drüsen brachen dabei auf und erwiesen sich als tuberkulös.

Der Fall zeichnete sich also durch folgende interessante Gesichtspunkte aus:

1. Die Erscheinungen und Allgemeinsymptome deuten auf Epitheliom und sprechen gegen Tuberkulose.
2. Ein Irrthum von Seiten des pathologischen Anatomen schien ursprünglich wahrscheinlich und dieser Verdacht schien später weiter gerechtfertigt durch das Auftreten harter fixirter Drüsen.
3. Die guten Resultate trotz des tuberkulösen Charakters.
4. Jeglicher Mangel phthisischer Krankheitssymptome bis heute.
5. Mangel eines Narbenstranges wie man ihn so häufig findet, und der so häufig zur Aphonie führt.

Sir Felix Semon betont das Interessante des Falles bezüglich der Diagnose. In Abwesenheit des gewöhnlichen Narbenbandes scheint das intakte Stimmband ungewöhnliche Anstrengungen zu machen beim Phonationsversuch, wobei der Aryknorpel so gedreht wird, dass der Processus vocalis direct nach innen gerichtet wird.

Permewan erwägt, ob nicht die ungewöhnliche Action des linken Stimmbandes zurückzuführen sei auf eine partielle Resection an seinem vorderen Abschnitt?

Parker kennt den Fall von Anfang an und stimmt mit Lack bezüglich der Diagnose überein.

Scanes Spicer bespricht die Frage der Thyreotomie bei Larynxtuberkulose.

Jobson Horne war der für die Diagnose verantwortliche pathologische Anatom. Das war bereits sein zweiter Fall von klinisch diagnosticirtem Epitheliom des Larynx, wo er bei der Untersuchung Tuberkulose fand. Bezüglich der Bemerkung von Scanes Spicer, dass der vorliegende Fall uns zur Thyrotomie bei tuberkulöser Erkrankung ermuthige, ist er anderer Meinung. Hier lag ein Fall vor, der sich mikroskopisch als ein chronisch verlaufender, man möchte sogar sagen stillstehender Tuberkulose erwies, ohne deutlich betheiligte Halsdrüsen. 4 Monate nach der Operation mussten grosse Massen eingeschmolzener Drüsenpackete entfernt werden, offenbar die Folgeerscheinungen des alten tuberkulösen Herdes im Larynx.

W. G. Spencer stimmt mit den letzten Bemerkungen Hornes nicht über-

ein, und betrachtet den Fall als senile Tuberkulose mit beständig fortschreitender Entwicklung.

Lack: Es handelt sich nicht um eine stillstehende Tuberkulose, da die Heiserkeit 3 Monate gedauert hatte. Thyrotomie und sogar Tracheotomie sind im Allgemeinen verhängnissvoll bei Larynxtuberkulose.

Pegler: Präparat einer cystischen Geschwulst des Septums mit mikroskopischen Schnitten.

Es handelt sich um einen 30jährigen Mann, der 16 Tage nach der Operation an Meningitis starb.

Bei der Untersuchung der Nase fand sich ein gestielter Körper, der den linken mittleren Meatus einnahm, von grauer Farbe war und in Allem einem gewöhnlichen Nasenpolypen ähnlich war. Er ging deutlich vom Septum aus und wurde unter antiseptischen Kautelen mit der Schlinge entfernt. Weder Blutung noch Entleerung irgend welcher Flüssigkeit war zu bemerken. Das Septum war tief eingedellt und der vordere Theil der mittleren Muschel stark abgebogen, als ob die Geschwulst schon seit langer Zeit bestanden hätte. Das excidirte Stück erwies sich als cystischer Natur mit kurzem hohlen Stiel. Am 8. Tag traten Frost, Kopfschmerzen und Temperaturerhöhung auf, die der behandelnde Arzt für Influenza hielt, wovon er gleichzeitig 3 Fälle in Behandlung hatte. Am 10. Tag waren Symptome von Meningitis vorhanden, der linke Arm und das linke Bein gelähmt und die Augen nach links gerichtet; später breiteten sich Zuckungen und Convulsionen auch auf die linke Seite aus. 8 Tage nach Beginn der Symptome, 16 Tage nach der Operation trat der Tod ein. Niemals waren Schmerzen, Ausfluss oder irgend welche Symptome aufgetreten, die mit der Nase im Zusammenhang gestanden hätten. Vortr. hat den Patienten nach der Operation nicht mehr gesehen; die Autopsie wurde nicht zugelassen.

Bland Sutton untersuchte die Präparate und berichtete, dass der Ausgang der Cyste unklar sei. Unter der Nasenschleimhaut befand sich eine dicke Bindegewebsschicht mit elastischen Fasern, aber irgend ein epitheliales Gewebe in der Cyste war nicht vorhanden.

Dundas Grant macht auf die Gefahren aufmerksam, welche selbst kleine Operationen zu Epidemiezeiten mit sich bringen.

Wyatt Wingrave: Unter der Schleimhaut fand sich eine dicke Bindegewebsschicht, die mit der Perioststructur übereinstimmt. Der cystische Charakter ist vielleicht zu erklären durch Ausdehnung der Zwischenräume im Periostgewebe. Es bestand kein histologischer Anhaltspunkt für meningeale Gewebsstructur.

Hill: Die Krankheitsgeschichte spricht einigermaassen für Meningocele.

St. Clair Thomson: Die Möglichkeit einer congenitalen Meningocele kann nicht von der Hand gewiesen werden. Manche Fälle von spontaner cerebrospinaler Rhinorrhoe scheinen auf Ruptur einer congenitalen Meningocele zurückzuführen zu sein und haben mit tödtlicher Meningitis geendigt.

Pegler hat den Gedanken an Meningocele nach dem Bericht von Bland Sutton und Wingrave aufgegeben.

Das Präparat wird dem Comité für krankhafte Geschwülste überwiesen.

Hill: Epidermolysis bullosa beim Weibe, mit Erkrankung des Mundes und Halses.

Donelan: Tumor des rechten Stimmbandes, der bei Influenza entstanden war.

Ein 50jähriger Mann stand 8 Wochen vor seiner Influenza in Kehlkopfbehandlung und hatte noch keine Geschwulst. Jetzt entspringt eine Geschwulst (4 mm : 2 mm) von der Mitte des rechten Stimmbandes.

St. Clair Thomson vermuthet Tuberculose.

Fitzgerald Powell: Präparat eines Fibromes von der rechten Kieferhöhle.

Eine Geschwulst verstopfte eine Choane und war schwer mit der Schlinge zu entfernen. In der Narkose fand sich unerwarteter Weise eine weiche Geschwulst, die die linke Kieferhöhle verlegte, von der das hintere Drittel der inneren Wand fehlte. Der ganze Tumor, der die Grösse einer kleinen Niere hatte, wurde entfernt. Die eintretende Blutung stand nach völliger Entfernung des Tumors.

Dundas Grant: Maligner Tumor in der Nase bei einem 61jähr. Mann. Wahrscheinlich alveoläres Sarkom.

Das rechte Nasenloch war verstopft und zahlreiche Versuche zur Entfernung der Geschwulst wurden unternommen, aber es stellten sich immer wieder Recidive ein. Der Tumor war von unregelmässiger Form, füllte die ganze rechte Nasenhöhle aus, dehnte die Weichtheile aus, jedoch nicht das Knochengerüst der Nase oder die Kieferhöhle. Letztere war bei der Durchleuchtung hell. Die Geschwulstmassen bluteten leicht bei der Berührung. Ein excidirtes Stück davon setzte sich aus Stroma mit spindelförmigen Zellen zusammen und enthielt unregelmässige Alveolen, die mit Epithelzellen gefüllt waren. Das geschichtete Epithel, das die Oberfläche bedeckt, scheint stellenweise in das Stroma einzudringen. Grant ist der Ansicht, dass man die Neubildung als maligne ansehen und mittelst einer äusseren Methode operiren müsse.

Spencer hält den Fall für Epitheliom oder Carcinom der Kieferhöhle mit schlechter Prognose. Einige Unterkieferdrüsen müssen entfernt werden.

Robinson betrachtet den Fall als Sarkom der Nasenwand und nicht der Kieferhöhle.

Das Präparat wurde dem Comité für krankhafte Geschwülste überwiesen.

Wyatt Wingrave: Lähmung des linken Stimmbandes bei einer 27jähr. Frau.

Complete Fixation in extremer Abduction. Anamnestisch ging Syphilis voraus. Physikalische Zeichen eines ausgedehnten Aneurysma.



Permewan bezeichnet das Stimmband als in Cadaverstellung stehend, etwas verdeckt durch ein geschwollenes Taschenband.

Wyatt Wingrave: Bulbärparalyse bei einer 23jähr. Frau.

Pat. klagt seit 14 Jahren über ein Klossgefühl im Halse und Schluckbeschwerden. Mit Ausnahme einer leichten Abduction des rechten Stimmbandes blieben die Stimmbänder unbeweglich in einer Stellung, die noch mehr adducirt war als die Cadaverstellung. Die Interarytaenoidregion ist etwas geschwollen, es besteht Dyspnoe bei Anstrengungen, aber nicht im Schlafe. Die Sprache war undeutlich und die Action der Zungenmuskeln schwach und zitternd. Rechterseits bestand eine Facialislähmung in Folge eines Ohrtraumas durch einen in Narkose entfernten Fremdkörper. Anamnestisch nichts von Syphilis.

Tod: Einige anamnestische Angaben sprechen bei der Pat. für Erkrankung der Arygelenke.

Lack hat eine Armlähmung nach Chloroformnarkose wegen einer leichten Operation gesehen.

Ernest Waggett.

III. Briefkasten.

Manuel Garcia beim Festessen der Londonor Laryngologischen Gesellschaft am 14. Januar 1903.

Das Festessen der Londoner Laryngologischen Gesellschaft, welches alljährlich am Abende der Jahresversammlung abgehalten wird, gewann in diesem Jahre einen eigenartigen Reiz und eine gewissermassen historische Bedeutung durch die Gegenwart ihres Ehrenmitgliedes Manuel Garcia, der nach mehrjähriger Abwesenheit die Gesellschaft bei dieser festlichen Gelegenheit durch seinen Besuch erfreute. Der Altmeister der Laryngologie steht gegenwärtig in seinem 98. Lebensjahre, erfreut sich aber der wunderbarsten geistigen und körperlichen Frische und Regsamkeit, die ihm ein gütiges Geschick noch lange ungeschmälert erhalten möge! Eine bei der genannten Gelegenheit aufgenommene, wohlgelungene Augenblicksphotographie wird die Erinnerung an die denkwürdige Gelegenheit dauernd erhalten.

Druck von L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIX. Berlin, März. 1903. No. 3.

I. Referate.

a. Obere Luftwege.

1) **Lamann** (Petersburg). **Zum ferneren Ausbau meiner Theorie des oberen Schutzvorrichtungssystems.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 8. 1901.*

Da der interessante Artikel sich für ein kurzes Referat nicht eignet, muss auf das Original verwiesen werden.

SCHECH.

2) **Frankenberger. Die oberen Luftwege bei Schulkindern.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 5. 1902.*

F. fand bei Schulkindern bis 13,2 pCt. Septumdeviationen und zwar 15,4 pCt. bei Knaben, 11,2 pCt. bei Mädchen. Vom 6. Lebensjahre an nehmen die Septumdeviationen an Zahl fast stetig zu. Cristen und Sporne kamen in 13,39pCt. zur Beobachtung; auffallend ist, dass im Alter von 6 Jahren nur 2,82 pCt. Cristenbildung bestand, ihre Zahl nimmt aber zu mit zunehmendem Alter. Hypertrophien der unteren Nasenmuscheln constatirte F. in 11,30 pCt. und zwar 13,95 bei Knaben und 8,62 pCt. bei Mädchen. Zeichen atrophischer Rhinitis fanden sich 8mal bei Knaben, 20mal bei Mädchen, während ausgebildete Atrophie mit Borkenbildung nur einmal constatirt wurde. F. glaubt die Ergebnisse seiner Untersuchung im Sinne Zaufal's verwenden resp. annehmen zu dürfen, dass rudimentäre Entwickelung der unteren Muscheln mit Chomaeprosopie die erste Bedingung für die Entstehung der Ozaena sei. Hypertrophie der Gaumenmandeln bestand in 34,49 pCt., granuläre Pharynxgitiden 11,76 pCt., Hyperplasie der Rachenmandel in 31,22 pCt. Der Hochstand des harten Gaumens ist nicht durch die nasale Obstruction bedingt, sondern angeboren; die höheren Grade von Hyperplasie der Rachenmandel kommen häufiger bei Kindern mit schlechtem Schulfortgang vor. Schwerhörigkeit ist sehr häufig, doch lässt sich nicht behaupten, dass Ohrenleiden bei Kindern mit schlechtem Fortgange häufiger wären.

SCHECH.

3) **A. Goldschmidt. Hysterische Verschlimmerungen gutartiger Erkrankungen in den oberen Luftwegen und Ohren.** *Bresgen's Sammlung zwanglos. Abhandl. Mai 1902. Carl Marhold, Halle a/S.*

G. theilt einige Fälle mit, in denen leichte Erkrankungen des Schlundes



oder Larynx und die damit verbundenen Beschwerden in der Auffassung des Pat. „eine besonders schreckhafte Deutung erfahren, die sich erstreckt auf die Langwierigkeit oder Unheilbarkeit der vorhandenen Beschwerden oder auf die Furcht vor einem vorzeitig herbeigeführten Ende.“ In der Behandlung müssen die locale und suggestive sich die Hand reichen.

A. ROSENBERG.

4) **Gugenheim** (Nürnberg). **Ueber chronischen Schleimhaut-Pomphigus der oboren Luftwege.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1901.*

Allgemeines über Schleimhautpemphigus nebst Mittheilung eines Falles, eine 62jährige Dame betreffend, bei der Pemphiguseruptionen in Mund, Rachen und Kehlkopf aufschossen; am Schlusse des Artikels differentialdiagnostische Bemerkungen.

SCHECH.

5) **Noebel** (Zittau). **Zur Methodik der localen Anästhesie in den oboren Luftwegen.** *Bresgen's Sammlung zwanglos. Abhandl. 1. Juni 1902. Carl Marhold, Halle a/S.*

N. verwendet zur Herstellung örtlicher Schmerzlosigkeit bei operativen Eingriffen 1. Aethylum chloratum, 2. Cocain. muriat., 3. Eucainum Beta.

Das Cocain dosire man vorsichtig und beschränke seine Anwendung auf das Aeusserste; das β Eucain in 1 proc. steriler Lösung verwendet N. bei subcutaner resp. submucöser Einverleibung.

Cocain resp. Eucain kann man appliciren 1. epimucös, 2. incutan oder inmucös (Schleich), 3. subcutan oder submucös (Reclus); Aethylchlorid für die äussere Haut und von aussen leicht zugängliche Schleimhaut.

An der äusseren Nase (Naevi, Verrucae, Lupusknoten, Carcinom) kann man Cocaininjection, Infiltration und den Aethylchloridspray verwenden. Operationen am Septum narium werden mit combinirter Anästhesie ausgeführt: epimucöse Application einer 20proc. Cocainlösung und Injection von 1proc. Eucainlösung.

Alle operativen Maassnahmen an den unteren Muscheln lassen sich bei sorgfältiger Cocaineinreibung in die Schleimhaut schmerzlos ausführen. Die mittlere Muschel wird folgendermaassen anästhesirt: Einstäubung 1proc. Cocainlösung, Bestreichen mit 20proc. Cocainlösung und Injection von 1—2g 1proc. Eucainlösung mitten in ihren Knochen.

Soll das Ostium der Keilbeinhöhle erweitert werden, so bestreicht man (nach Wegnahme der hinteren Hälfte der mittleren Muschel) die Vorderwand und die Nischen hinter dem Siebbeinlabyrinth mit 20proc. Cocainlösung und injicirt durch das natürliche Ostium 1g 1proc. Eucainlösung in das Innere der Keilbeinhöhle und Einstecken eines mit 20proc. Cocainlösung getränkten Wattebäuschchens in's Ostium. Bei Entfernung der Rachentonsille stäubt N. 1proc. Cocainlösung in die Nase und bepinselt von der Nase aus die Rachenmandel mit 5—10proc. Cocainlösung. Die Gaumentonsillen werden mit 20proc. Cocainlösung bepinselt resp. es wird Eucainlösung eingespritzt.

Die Eröffnung der Oberkieferhöhle mittelst Resection des Proc. alveol. geschieht schmerzlos durch epimucöse Cocainanwendung, subperiostale Eucaininjection und nachfolgende Schleich'sche Infiltration.

Zur Zahnextraction kann man eine Combination von Aethylchloridzerstäubung und Cocaininjection verwenden.

Zur Vorbereitung endolaryngealer Eingriffe instillirt N. 1 Tropfen einer 10proc. Cocainlösung und nach 3 Minuten pinselt er 20proc. Lösung ein; nöthigenfalls injicirt er eine Eucainlösung.

Einzelheiten des N.-Verfahrens, das das Resultat reicher Erfahrung ist, müssen im Original nachgesehen werden. A. ROSENBERG.

6) **Reinewald** (Giessen). **Bad Nauheim als Kurort für chronische Affectionen der oberen Luftwege.** *Der pract. Arzt. 4. 1902.*

Für die Behandlung der primären Erkrankungen der Athemwege ist nun in Nauheim gesorgt durch ein auf das denkbar beste eingerichtetes Inhalatorium.

SEIFERT.

7) **Carolus M. Cobb. Die Bedeutung frühzeitiger Behandlung der katarrhalischen Erkrankungen der oberen Luftwege bei Kindern. (The importance of the early treatment of catarrhal conditions of the upper air tract in children.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. October 1902.*

Verlegung der oberen Luftwege und Verletzung der Nase bringen oft Anämie mit sich, schlechte Entwickelung der Brustorgane, nervöse Störungen, Anfälle von Bronchitis, Verdauungsstörungen und Halsdrüsenschwellungen durch Infection. Auch Allgemeininfectionen haben häufig ihre Ursache in Erkrankungen der Tonsille. EMIL MAYER.

8) **Della Vedova. Ein neues therapeutisches Mittel für die chronischen Katarrhe der oberen Luftwege. (Un nuovo mezzo terapico per le forme catarrali croniche delle prime vie respiratorie.)** *Gazett. degli ospedal. e della cliniche. 28. IX. 1902.*

Verf. hält für die beste Form, in der Arzneimittel auf die erkrankte Schleimhaut der Nase und des Nasenrachenraums applicirt werden, die Dampfform. Er hat einen Apparat construirt, aus welchem der unter $^1/_2$—1,2 Atmosphären entströmende, mit dem betreffenden Medicament geschwängerte Dampf mittelst zweier Gummiröhren in die Nase geleitet wird; er entweicht dann durch den Nasenrachenraum in die Mundhöhle. Es summirt sich nach Ansicht des Verf.'s zur Erzielung eines therapeutischen Effects bei dieser „Rhinovaporisation“ die specifische Wirkung des angewandten Medicaments mit der des unter einer gewissen Spannung auf die Schleimhaut einwirkenden Dampfes. Besondere Erfolge hat er mit dieser Behandlungsart erreicht bei den Catarrhen mit Neigung zur Borkenbildung; er hat sie ferner bei Catarrhen, die von der Nasenschleimhaut aus weiter herabgingen, auf Rachen und Kehlkopf combinirt mit der gewöhnlichen Inhalation.

Unter den Mitteln, die Verf. auf diese Weise auf die erkrankte Nasen- und Nasenrachenschleimhaut einwirken liess, führt er besonders auch die Thermalwässer von Salsomaggiore und Salice an, die in ihrer Zusammensetzung etwa den Quellen von Ems und Obersalzbrunn entsprechen. FINDER.

9) **R. Kafemann. Ueber die Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege mit besonderer Berücksichtigung des Larynx.** *Bresgen's Sammlung zwanglos. Abhandl. u. s. w. April, Mai, Juni 1902. Carl Marhold, Halle a/S.*

Das tuberculöse Infiltrat, zu dem auch der sogenannte tuberculöse Catarrh zu rechnen ist, behandelt man, so lange das Epithel darüber erhalten ist, mit Inhalationen von Antisepticis und flüchtiger Körper, Insufflationen von Thiocol, Acid. bor. aa 5,0, Menthol 1,0, Einspritzungen von Mentholöl (10—30pCt.), das die Blutcirculation günstig beeinflusst.

Ist das Infiltrat massiger und derber, — auch der tuberculöse Tumor gehört hierher — so kommen in Frage interstitielle Injectionen von Milchsäure, Creosot, Jodoformemulsion, Sublimat, Zinkchlorid, Incisionen und Scarificationen besonders bei heftigen Beschwerden, die Galvanocaustik besonders bei den zackigen Excrescenzen der Hinterwand und des Proc. vocal., subglottischen Wülsten u. a. eventl. mit nachfolgender Aetzung mit Acid. trichloracet., die Electrolyse und Phototherapie, die Ablatio neoplastischer Gebilde ohne Geschwürsbildung mit nachfolgender Verätzung des Grundes.

Zur Behandlung der Geschwüre kommen in Frage Insufflationen von Jodoform und Jodol nach vorheriger Reinigung jener durch alkalischen Spray u. a., Einreibungen von Trichloressigsäure oder reiner Milchsäure und nachfolgender Einblasung von Jodoform. farinos., Phenol. sulfuricum.

Alle tiefer reichenden Geschwüre sind vorher chirurgisch zu behandeln — Ecrasement; gestatten sie aus Rücksicht auf das Allgemeinbefinden oder aus örtlich bedingten Gründen dasselbe nicht, so tritt die anästhesirende Behandlung mit Orthoform u. a. ein. Bedrohliche Athemnoth rechtfertigt oder fordert die Tracheotomie; noch enger sind die Indicationsgrenzen für die Thyreotomie.

Eine sehr lesenswerthe, nüchtern-kritische Arbeit, die das Resultat zahlreicher sorgfältiger Beobachtungen ist, und einen Standpunkt vertritt, den wohl die meisten erfahrenen Laryngologen theilen werden. A. ROSENBERG.

10) **Koenigstein. Zwei seltene Fälle von lupöser Erkrankung der Schleimhaut der oberen Luftwege.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 10. 1902.*

Der eine Fall — früher 3 Jahre lang antiluetisch behandelt — betraf ein 22jähriges Mädchen mit Lupus am harten und weichen Gaumen, Zäpfchen und Zungengrund sowie im Larynx; im zweiten Falle bei einem 10jährigen Mädchen fanden sich lupöse Eruptionen am Zäpfchen, Epiglottis, Taschenbändern, in beiden Nasenhöhlen und am Zungengrund. SCHECH.

11) **J. Neumann** (Wien). **Ueber ungewöhnlichen Sitz des Primäraffectes an der Haut und Schleimhaut.** *Wien. med. Presse. No. 9. 1902.*

In einem Vortrage, den N. in der wissenschaftlichen Sitzung des Wiener medicinischen Collegiums am 13. Januar 1902 hielt, bespricht Neumann auf Grund reicher Erfahrung und grossen Materiales die ungewöhnlichen Localisationen des Primäraffectes, und seien hier nur jene extragenitalen Fälle erwähnt, die sich auf unser Fachgebiet beziehen.

Von 207 extragenitalen Primäraffecten sassen an der Oberlippe 41 (15 M.,

26 W.), Unterlippe 65 (31 M., 34 W.), Mundwinkel 8 (6 M., 2 W.), Tonsillen 20 (8 M., 12 W.), hintere Rachenwand 1 (1 M.), Zunge 2 (1 M., 1 W.), Nasenflügel 2 (1 M., 1 W.), Zahnfleisch 6 (2 M., 4 W.). — Unter anderen sehr beherzigenswerthen Daten führt N. auch aus, dass Aerzte sich vielfach inficiren, indem sie unvorsichtig und zu viel Digitaluntersuchungen vornehmen.

CHIARI.

12) **Garbini. Blutegel in Luftröhre und Mund. (Sanguisughe in trachea e in bocca.)** *Bollett. d. malattie dell'orecchio etc. 2. VIII. 1902.*

Von den 17 in Italien publicirten Fällen, in denen Blutegel beim Wassertrinken in die oberen Luftwege gelangten, entfallen 14 auf Sicilien. Verf., dessen beide hier mitgetheilte Fälle gleichfalls aus der Umgegend von Messina stammen, führt das häufige Vorkommen dieses an sich so seltenen Ereignisses gerade in Sicilien darauf zurück, dass die Bewohner der ländlichen Bezirke bei dem in den Sommermonaten herrschenden Mangel an Trinkwasser oft im ersten besten Tümpel ihren Durst stillen und dass sie ferner sich undurchsichtiger Trinkgefässe aus gebranntem Thon bedienen, so dass man die im Wasser enthaltenen Verunreinigungen nicht sieht. Im ersten der hier mitgetheilten Fälle wurde der Patient, der sehr anämisch war und fortwährend Blut spie, dem Verf. wegen Verdachts auf Tuberculose zugeschickt und erst die laryngoskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein eines Blutegels im Kehlkopf; das Thier wurde kurz nach der Untersuchung spontan ausgehustet. Auch im zweiten Fall bestand wegen des Blutspeiens der Verdacht auf Tuberculose; schliesslich fand sich auf der Unterfläche der Zunge ein kleiner nur $1/2$ cm langer Blutegel, der sich leicht mit einer Pincette entfernen liess.

FINDER.

13) **D'Aguanno. Zum Vorkommen von Blutegeln im Halse. (A proposito di sanguisughe in gola.)** *Bollett. delle malattie dell'orecchio etc. No. 10. 1902.*

Verf. bezeichnet es als ein in seinem Wirkungskreis — Sicilien, Provinz Palermo — nicht allzu seltenes Vorkommniss, dass Blutegel beim Trinken unreinen, aus Teichen und Pfützen stammenden Wassers verschluckt werden und so in die oberen Luftwege gerathen. Er führt 5 Fälle seiner Beobachtung an. In 3 Fällen wurde der Blutegel im Larynx, in 2 im Nasenrachenraum gefunden. Sämmtliche Fälle betrafen Landbewohner; das hervorstechendste Symptom war stets die Blutung.

FINDER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **F. Barberá** (Valencia). **Das Naphtalan bei der Behandlung des Eczems des Vestibulum nasi. (El naftalán en el tratamiento del eczema vestibular de la nariz.)** *Revist. Valencian. de Cienc. Medic. No. 40. 1901.*

B. wandte bei den chronischen Formen des Vestibulareczems mit Erfolg die Naphthalansalbe an, nachdem er vorher die Nasenhöhle mittelst retronasaler Injectionen von lauer Salzwasserlösung von den Krustenbildungen befreit hatte.

R. BOTEY.



15) **V. V.** (Cadix). **Einfacho und ulceröse Rhinitis. (Rinitis simple y ulcerosa.)** *Anales Medic. Gaditan. No. 15. Junio 1901.*

Angabe der localen und allgemeinen Behandlung des Verf.'s bei genannten Rhinitiden.

R. BOTEY.

16) **Peläcz** (Granada). **Die acuten, blennorrhagischen und primitiv fibrinösen, sowie die chronischen Rhinitiden. (Las rinitis agudas, blenorragicas y fibrinosa primitiva y las rinitis crónicas.)** *Gacet. Médic. de Granada. No. 30. Abril 1901.*

Verf. referirt die verschiedenen Heilmethoden, die er bei den genannten Rhinitiden mit Erfolg angewandt hat.

R. BOTEY.

17) **Peläcz** (Granada). **Gegenwärtiger Stand der Rhinitis gogenüber dor Ozaena. (Estado actual de la rinologia acerca del ozena.)** *Revist. de Especial. Medic. No. 5. Julio 1901.*

Verf. bespricht eingehend die Nosologie, Aetiologie, Pathogenese der Ozaena. Hinsichtlich der Behandlungsweise ist er für die fortdauernde und vollständige Reinigung der Nasenhöhlen, verbunden mit Mitteln, welche die Eintrocknung der Schleimhaut verhindern, ferner für die elektrisch-vibratorische Massage in verschieden angewandten Graden, für die innere und subcutane Anwendung der Jodpräparate sowie die subcutanen Injectionen von künstlichem Serum.

R. BOTEY.

18) **P. Verdós** (Barcelona). **Ein Fall von Coryza caseosa. (Un caso di coriza caseosa.)** *Boletin Clinico de la Casa de Unestra Senora del Pilar. No. 4. 1901.*

Dieser seltene Fall wurde bei einem 52jährigen Manne beobachtet, der seit angeblich 10 Jahren über Nasenverstopfung und Geruchsmangel klagte. Die ganze rechte Nasenhöhle war durch eine enorme pastöse Masse angefüllt, so dass sich die Scheidewand nach der linken Nasenhöhle zu verschob. Die Entfernung erfolgte leicht, dauerte aber lange. Es wurden keine Rhinolithen vorgefunden.

R. BOTEY.

19) **Berini** (Madrid). **Ein 2 Monate lang in der linken Nasenhöhle eines Kindes beherbergter Knopf. (Botón alojado durante 2 mesos en la fosa nasal isqnierda de un nino.)** *Revist. de Medic. y Cirug. No. 15. Mayo 1901.*

Die Entfernung des Fremdkörpers erfolgte auf leichte Weise mittelst Pincette nach Durchschneidung einer Adhärenz, welche den vorderen Theil der unteren Muschel mit der Nasenscheidewand verband. Der Knopf war von Kalksalzen umgeben.

R. BOTEY.

20) **Alvaro Presta** (Madrid). **Kleine Nasenverletzungen gaben Anlass zu grossen Störungen der Innervation. (Pequenas lesiones nasales dan lugar á grandes trastornos de la inervacion.)** *Revist. de Medic. y Cirug. Practic. No. 15. Febr. 1901.*

Nach Ansicht des Verf.'s bringen die Veränderungen der Schneider'schen Membran bei sehr vielen Gelegenheiten zahlreiche Reflexe mit sich, die sich bald

durch verschiedenartige Neuralgien, Asthma, Erbrechen, Neurasthenie, Epilepsie etc. kennzeichnen. P. berichtet von 2 Fällen, bei denen die Schwellung der Nasenschleimhaut obige nervöse Reflexerregungen verursachten. Letztere verschwanden nach geeigneter Behandlung des resp. Nasenleidens. R. BOTEY.

21) **Perez Fuster** (Valencia). **Störungen durch Fortpflanzung im Reflex als Folgezustände von Erkrankungen der Nase und ihrer Sinus. (Trastornos per propagacion y per reflejismo consecutivos à las enfermedades de la nariz y de sus senos.)** *La Medic. Valenciana. No. 3. 1901.*

F. lenkt die Aufmerksamkeit auf die verschiedenartigsten Folgezustände der Nasen- und Nasenrachenerkrankungen hinsichtlich von Reflexstörungen. Letztere erfordern eine eingehende Untersuchung der Nase und ihrer Umgebung behufs geeigneter Behandlung der Folgekrankheit. R. BOTEY.

22) **L. Cabuche. Reflexerscheinungen nasalen Ursprungs. (Des accidents réflexes d'origine nasale.)** *Thèse de Paris. 1901.*

Nichts Neues. A. CARTAZ.

23) **Collet** (Lyon). **Schwindel nasalen Ursprungs. (Vertige d'origine nasale.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 16. August 1901.*

Beobachtung an einem Kranken, welcher nach voraufgehendem Prickeln in der Nase Anfälle von larvirter Epilepsie darbot.

Diese Anfälle sind analog dem Ictus laryngis.

Wahrscheinlich handelt es sich um eine Reizerscheinung, die auf der Bahn des II. Trigeminusastes zu den bulbären Centren verläuft. PAUL RAUGÉ.

24) **H N. Hoople. Nasenerkrankung mit Betheiligung der Augenmuskeln. (A nasal condition affecting the ocular muscles.)** *N. Y. Medical News. 27. Juli 1901.*

Abnorme Druckverhältnisse in der Nase durch verschiedene Erkrankungen können Asthenopie der Ciliarmuskeln oder der äusseren Augenmuskeln herbeiführen. Diesen Satz sucht Verf. in vorliegender Publication zu begründen und weiter auszuführen. LEFFERTS.

25) **Janquet. Ueber den Nasenverschluss und seine Beziehungen zu den Allgemeinkrankheiten. (De l'obstruction nasale; ses rapports avec les affections générales; son traitement.)** *La Clinique. No. 19 et 24. 1901.*

Der Autor bespricht die Fernerscheinungen des chronischen Nasenverschlusses und was sich daran anknüpft. Lauter Bekanntes für den Leser dieser Zeilen. BAYER.

26) **Arthur W. Mayburg. Verstopfung der Nase und ihre Beziehungen zu unklaren Fällen von Asthma. (The relation of nasal obstruction to obscure cases of Asthma.)** *Canadian Journal of Medicine and Surgery. September 1901.*

Nichts Bemerkenswerthes. EMIL MAYER.

27) Genta. **Wirkungen des partiellen und totalen Verschlusses der Nasenhöhlen auf die Athmung. (Effetti della occlusione parziale e totale delle fosse nasali sulla respirazione.)** *Annals di Laringologia ed Otologia. IV. October 1901.*

Vorliegende Arbeit stellt den ersten Theil einer experimentellen Studie über den Einfluss der Nasenathmung auf Athmung, Gefässsystem, Stoffwechsel und Blutmischung dar.

In einer Reihe experimenteller Untersuchungen, die an Kaninchen angestellt wurden, konnte Verf. zeigen, dass auf die ganz atypische unregelmässige Athmung, die unmittelbar nach Verschluss der Nase auftritt, im Verlauf einiger Tage ein regelmässiger Athmungstypus folgt, der sich von dem normalen nur durch die Tiefe und Frequenz der Athemzüge unterscheidet. Es hat den Anschein, als ob das Thier durch frequenteres Athmen die durch Aufhebung der Nasenathmung bedingte Herabsetzung der Sauerstoffzufuhr ausgleichen will.

FINDER.

28) **Ed. Aronsohn** (Ems-Nizza). **Ein Beitrag zu den nasalen Reflexneurosen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. XII. S. 370. 1902.*

Frau mit Asthma auf neuropathischer Grundlage. Zur Coupirung der Anfälle dienten leichte Pinselungen der Nase mit 10- oder 5 proc. Cocainlösung vermittelst eines kleinen Wattebausches. Nach jeder Pinselung stellte sich bei der im übrigen zu Constipation neigenden Patientin alsbald Stuhldrang ein. Dass die mechanische Reizung der Nase, nicht das Cocain diese eigenartige Fernwirkung ausübte, erwies A., indem er die Patientin ohne ihr Vorwissen wiederholt statt mit Cocain mit blossem Wasser pinselte: jedesmal trat der Effect, die Defäcation, prompt ein.

F. KLEMPERER.

29) **Sokolowski. Zur Aetiologie des Bronchialasthma. (Kilka uwag w sprawie etyologii i leczenia astmy oskrzelowej.)** *Pamietnik Towarzystwa Lekarskiego Zeszyt. IV. 1902.*

In einem Vortrage wurde vom Verf. auf Grund von 105 von ihm beobachteten Fällen genau die Aetiologie kritisch besprochen. Was den Zusammenhang des bezüglichen Leidens mit Krankheiten der Nase anbelangt, so wurde in obigen 105 Fällen bei den meisten verschiedene Veränderungen in der Nase (Polypen, Hypertrophie u. s. w.) beobachtet. Bei 20 Kranken wurden verschiedene laryngorhinologische Operationen vorgenommen und nur bei einem einzigen wurde ein dauerhafter Erfolg erzielt. Bei einem dauerte die Besserung 2 Monate. Bei weiteren 18 Fällen war das Resultat negativ. Verf. glaubt deswegen, dass in der Therapie des Asthma, welches er als eine allgemeine Neurose der Bronchien betrachtet, die allgemeine Behandlung Hauptbedingung ist: obwohl die lokale Therapie der Nasenschleimhaut in bezüglichen Fällen eine unterstützende Methode darstellen soll.

AUTOREFERAT.

30) **G. C. Nyhoff** (Groningen). **Geruch und Geschlechtsleben. (Reuk en geslachtsleven.)** *Handelingen van het VIII. Nederl. Natuur- en Geneesk. Congres te Rotterdam, Haarlem 1901.*

Interessante, zu einem Referat ungeeignete Besprechung der Beziehungen

zwischen Geruch- und Geschlechtsleben. Diese Beziehungen sind beim Menschen weit geringere als bei den Thieren; indessen ist ihre Kenntniss für die Erklärung mancher sexuellen und psychologischen Fragen von wesentlicher Bedeutung.

H. BURGER.

31) **W. Fliess** (Berlin). **Ueber den ursächlichen Zusammenhang von Nase und Geschlechtsorgan.** *Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandlungen u. s. w. Marhold, Halle a/S. V. No. 8. 1901.*

Die unteren Muscheln und die tubercula septi — die Genitalstellen der Nase — schwellen bei jeder Menstruation an, bluten leicht, sind auf Sondenberührung schmerzhaft empfindlich und sind leicht cyanotisch verfärbt. Am ausgesprochensten ist die Empfindlichkeit; diese „neuralgische Veränderung" steht in constanter Verbindung mit der „nasalen Dysmenorrhoe", bei der der menstruelle Schmerz den Eintritt der Blutung überdauert. Cocainisirt man die Genitalstellen, so hören nach 5—8 Min. während der Dauer der Cocainwirkung die Kreuz- und Bauchschmerzen auf; erstere hängen mit den tubercula septi, letztere mit den unteren Muscheln zusammen. Durch Kauterisation dieser Stellen schwinden gewöhnlich die Schmerzen dauernd.

Ebenso hängen mit den Genitalstellen zusammen die bei der Menstruation auftretenden Schmerzen am Schwertfortsatz, zwischen den Schulterblättern und in den Nierengegenden; der bei Onanistinnen in die Erscheinung tretende neuralgische Magenschmerz beruht auf einer neuralgischen Veränderung des vorderen Theils der linken mittleren Muschel. Es besteht ausser der Wirkung von der Nase auf sexuelle Vorgänge auch die umgekehrte ex sexu ad nasum.

Der nasogenitale Connex macht sich auch in Blutungen bemerkbar (Epistaxis der Onanisten, Nasenbluten der Pubertätszeit, Menorrhagien). Während der Gravidität bestehen auch zu den Kalenderzeiten der Menses leise Molimina menstrualia und die menstruellen Zeichen an den Genitalstellen; ihre neuralgische Veränderung kann eine echte nasale Dysmenorrhoe hervorrufen.

Durch Anästhesirung der nasalen Genitalstellen lässt sich aus den Geburtsschmerzen der „echte Wehenschmerz" ausschalten. Beim Beginn des Geburtsvorganges lassen sich auch die typischen Zeichen menstrueller Veränderung an den Genitalstellen der Nase nachweisen. Analogie zwischen Menstruations- und Geburtsvorgang.

In der Nase befindet sich eine nach Segmenten geordnete Repräsentation der schmerz- und temperaturempfindenden Elemente des Rückenmarks. Wird nun z. B. ein Visceralnerv gereizt, so wird ein Theil der Erregung an das zugehörige Rückenmarkssegment abgegeben; von hier wird er in die Nase geschickt, wo er die neuralgische Veränderung erzeugt. Diese kann die Repräsentation eines oder mehrerer Segmente umfassen; in letzteren Falle beschränkt sich eine Hauthyperästhesie (Headsche Zone) nicht auf das ursprüngliche Segment, sondern geht auf Zonen anderer häufig entfernter Segmente über. Durch Beseitigung der neuralgischen Veränderung beseitigt man auch die Schmerzempfindung. Die Nase ist eine Station auf dem Wege, den die Schmerzerregung zum obersten Central-

organ nimmt, aber nur für den Theil des Schmerzes, welcher der Erregung eines oder mehrerer Rückenmarkssegmente entspricht.

A. ROSENBERG.

32) **Keil** (Darmstadt). **Ein Fall von Schwangerschaftsniesen.** *München. med. Wochenschr. No. 44. 1901.*

Gleich nach Aufhören der Menses trat bei einer früher gesunden Frau heftiges häufiges Niesen auf, welches Abortus zur Folge hatte. Bei der zweiten Schwangerschaft trat das heftige Niesen wieder auf, das aber durch Cocainisirung der stark injicirten Septumschleimhaut bald aufhörte. Keil glaubt, dass in Folge der durch die Schwangerschaft herbeigeführten Veränderung der Circulation die Nasenschleimhaut aufgelockert und stärker injicirt wird, ohne dass ein Catarrh besteht; diese stärkere Gefässfüllung verursacht ihrerseits durch Druck oder vermehrte Spannung eine Reizung der sensiblen Nasennerven, die alsdann das Niesen auslöst.

SCHECH.

33) **Jaworski** und **Iwanicki. Ueber den Zusammenhang der Erscheinungen seitens der Nase mit dem Genitalapparate der Frauen. (O Zwiasku sewnych objawów ze stromy nosa z naczadami ptciorwymi kobie cymi.)** *Gazeta Lekarka. No. 17. 1902.*

In einem Vortrage, welchen die Verff. in der Warschauer medicinischen Gesellschaft hielten, wurden ihre persönlichen Erfahrungen, um die Ansichten Fliess' über die Behandlung der Dysmenorrhoe zu prüfen, auseinandergesetzt. Bei 73 Fällen schmerzhafter Menstruation, die im Laufe von längerer Zeit bis zu einem Jahre beobachtet und die Nase local (Galvanokauter, acidum trichloraceticum, Elektrolyse) behandelt wurde, wurden im Grossen und Ganzen die Angaben Fliess' bestätigt. Was die Dauer des Erfolges anbelangt, so war derselbe entweder temporär, oder dauernd. Die besten Resultate lieferten die Elektrolyse und Galvanokaustik. Die Fälle wurden von den Verff. in zwei Kategorien getheilt: 1. Wo neben Dysmennorrhoe auch gewisse pathologische Veränderungen in Genitalien bestanden — bei diesen wurde in 65 pCt. temporärer oder dauerhafter Erfolg erzielt. 2. Von der zweiten Kategorie — Dysmenorrhoe ohne nachweisbare Veränderungen — wurde Erfolg in 85 pCt. erzielt. Resultatlos blieb die Behandlung bei alten gonorrhoischen Erkrankungen des Genitalapparates, bei Exfoliatio mucosae menstrualis sine endometritide und Dysmenorrhoea mechanica.

v. SOKOLOWSKI.

34) **Etiévant** (Lyon). **Behandlung der Rhinitis spastica und des Heuschnupfens. (Traitement de la rhinite spasmodique et du rhume des foins.)** *Province Médicale. 25. Mai 1901.*

Verf. hat gute Erfolge mit dem constanten Strom und besonders mit heisser Luft erzielt.

PAUL RAUGÉ.

35) **Fink** (Hamburg). **Eine neue Methode der Behandlung des Heufiebers und verwandter Affectionen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 46. 1901.*

Verf. sieht das Wesen der Coryza nervosa (und auch des damit verwandten Heufiebers) in einer „Affection des Trigeminus mit vorwiegender Betheiligung

seiner secretorischen Fasern". Der Ursprung der Secretion liegt nach seiner Ansicht in einer der in den mittleren Nasengang mündenden Nebenhöhlen, und zwar gewöhnlich in der Kieferhöhle. „Bläst man nämlich kurz vor dem Anfall ein unlösliches Pulver in die Highmorshöhle ein, so beobachtet man, dass das Pulver beim nächsten Anfalle mit dem Secret herausgeschwemmt wird." (Verf. bläst, wie aus dem Zusammenhang hervorgeht, durch die natürliche Oeffnung ein. Wie will er später das im Infundibulum und in dem danebenliegenden Recessus aufgeblasene Pulver von dem in die Kieferhöhle geblasenen unterscheiden? D. Ref.) Durch Einblasen von Aristol nun in die Kieferhöhle hat Verf., oft schon nach wenigen Applicationen, die Rhinitis nervosa vollkommen und dauernd geheilt (11 Fälle).

ZARNIKO.

36) **Jurasz. Ein Schleimpolyp, ausgehend vom rechten Tubenwulst.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde. etc. No. 6. 1901.*

Mittheilung eines Falles dieser im Nasenrachenraum äusserst seltenen Geschwulst.

SCHECH.

37) **Hopmann. Anomalien des Nasenrachenraumes, erläutert an zwei Fällen von Naseneiterung mit sogenannten Reflexneurosen.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 41. 1901.*

In dem einen Falle bestand eine Verlängerung des Nasenrachenraumes mit Septumverkürzung; der Kranke klagte über heftigste Migräneanfälle, die Schleimhaut der Nase war atrophisch; die sehr erfolgreiche Therapie bestand in Einlagen von Mullstreifen in die Nasengänge und Bestäubung mit Sozojodol. Im zweiten Falle, bei angeborener Enge des Nasenrachenraumes waren geringfügige Veränderungen, eine mässige Hyperplasie der Rachenmandel und Verdickung des Bindegewebes, im Stande, erhebliche Störungen der nasalen Respiration mit heftigen Hustenanfällen auszulösen.

SCHECH.

38) **Friedr. Schäfer. Zur Behandlung der Nasenrachenfibrome.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkeilkde. No. 12. 1901.*

Die Operationsmethode hat sich nach der Grösse und der Anheftung des Tumors zu richten, weshalb galvanokaustische Zerstörung, Glühschlinge, Entfernung mit der Nasenrachenzange, Elektrolyse, Abhebelung nach Hopmann und Operation nach Taetsch in Betracht kommen. Nach letzterer Methode wurde ein Patient behandelt und die Methode näher beschrieben.

SCHECH.

39) **Gradenigo** (Turin). **Die Hypertrophie der Rachentonsille.** *Haug's Sammlung klin. Vortr. aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie. Verlag Gust. Fischer, Jena 1901.*

Die „adenoiden Vegetationen" sind zu unterscheiden von der „Hypertrophie der Rachenmandel", oder man spricht einfach von „adenoider Hypertrophie". In dem Kapitel „Geschichte" berücksichtigt G. alle wichtigeren Aufzeichnungen in der Literatur von Hippokrates bis auf die allerneueste Zeit, indem er dieser Schilderung folgende Dreitheilung zu Grunde legt: 1. Angaben der alten medicinischen Schriftsteller über den adenoiden Typus, 2. die Resultate der anatomi-

schen Untersuchungen über die Organe des Rhinopharynx, 3. die Entdeckung der anatomisch-pathologischen Ursache der Krankheit und ihr klinisches Studium — es ist dies ein sehr interessantes Kapitel der breit angelegten Monographie. Alsdann geht Verf. auf die Embryologie und normale Anatomie des Näheren ein und bespricht dabei die Chorda dorsalis, den Canal der Hypophyse, die Bursa und Tonsilla pharyngea und im Einzelnen die Bursa pharyng. embryonal. und vera, den Recessus pharyng. med. und die Pseudobursa; daran schliesst sich das Kapitel der mikroskopischen Anatomie und dann das der Physiologie.

Beim statistischen Studium sind 3 Hauptelemente in Betracht zu ziehen 1. das Material der Beobachtungen, 2. das zur Diagnose angewendete Verfahren, 3. die Kriterien der Klassificirung. G. stellt verschiedene Untersuchungsreihen zusammen über die Häufigkeit der adenoiden Hypertrophie bei Schulkindern (ca. 5pCt.), bei Soldaten, bei kranken Knaben im Allgemeinen (20pCt.), bei Taubstummen (40—50pCt.), bei Subjecten, die an Affectionen des Ohrs, der Nase und des Rachens leiden (10—20pCt.); die Geschlechter verhalten sich ziemlich gleich, bevorzugt ist das Alter von 6 bis zu 10 Jahren, dann folgt das von 1—5 und 10—16 Jahren.

In ätiologischer Beziehung sind zu berücksichtigen prädisponirende Ursachen: a) directe Vererbung, b) Familientuberculose und -Syphilis, c) andere; ferner das Klima; dagegen ist die Hypothese bisher nicht hinreichend begründet, dass die Rachenmandelhyperplasie eine Autointoxication des Organismus sei. Zu den directen Ursachen rechnen häufige Entzündungen, Rheumatismus, Infectionskrankheiten u. a. m.

Man kann im Grossen und Ganzen 3 Formen der Hyperplasie unterscheiden: 1. echte Hypertrophie, 2. diffuse (adenoide Vegetationen) und 3. unregelmässige Anordnung des adenoiden Gewebes.

Es folgt die pathologische Histologie der einfachen Hypertrophie der Rachentonsille und dieser selbst: dabei wird im Einzelnen besprochen das Epithel, die Substantia propria, die Submucosa und schliesslich als eigenes Kapitel die Tuberculose der Rachentonsille und zwar ihre secundäre Infection, tumorartige Tuberculose des Rhinopharynx, primäre Tuberkelinfection der vergrösserten Tonsille und ihre histologische Untersuchung sowie deren Resultate.

Die Symptome scheiden sich in solche, die verursacht werden 1. durch ungenügende Oxydation des Blutes, 2. durch das ungenügende Volumen der durch den Mund eingeathmeten Luft, 3. durch deren irritirende Beschaffenheit, 4. locale Störungen, hervorgerufen durch ungenügende Function der Nase oder 5. des Nasopharynx (Gehörsymptome), 6. durch vermehrte Menge und Stagnation des Secrets des Nasopharynx bedingten, 7. in Verbindung mit mangelhafter Function des Stimmapparats stehende Symptome und 8. Störungen von vorzugsweise reflectorischem Character. In prognostischer Beziehung sind 2 Hauptfragen zu beantworten: Was würde aus der Hypertrophie und den von ihr abhängigen Läsionen werden, wenn man nicht zur Abtragung schritte? und wird die Abtragung und bis zu welchem Grade die secundären Läsionen zum Verschwinden bringen? Immer zeigt schon die Fragestellung den erfahrenen das Gebiet beherrschenden Arzt, der den ganzen Menschen berücksichtigt und sich nicht auf den einseitig

specialistischen Standpunkt stellt. Jedes einzelne Kapitel in dieser 392 Seiten umfassenden Arbeit ist mit ungeheurem Fleisse und sachlicher Kritik geschrieben. Sie kann jedem Interessenten warm empfohlen werden.

Im Schlusskapitel der Therapie bespricht G. die Allgemeinbehandlung und den operativen Eingriff, resp. seine Indicationen und Contraindicationen und die unblutige und blutige Art derselben, die Instrumente für denselben sowie deren Vorzüge und Nachtheile (Zangen, Löffel, Curetten, Guillotinen und Schlingen). Die allgemeine Narkose ist bei Kindern jenseits des 5. Jahres nöthig, wenn sie sich gegen die Operation sträuben; es folgt eine Besprechung der Operationsmethoden, der Unannehmlichkeiten und Gefahren des Eingriffs, seiner Vorbereitung und der Nachbehandlung.

Es hat hier eigentlich nur das Gerippe dieser umfangreichen und verdienstvollen Arbeit gegeben werden können; aber auch dieses zeigt schon, dass jeder Leser aus derselben Belehrung und Anregung schöpfen wird. A. ROSENBERG.

40) **O. Brieger** und **Max Görke** (Breslau). **Beiträge zur Pathologie der Rachenmandel. 1. Zur Genese der Rachenmandelhyperplasie von O. Brieger. 2. Ueber Recidive der Rachenmandelhyperplasie von M. Görke.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. XII. S. 254 u. 278. 1901.*

1) Die Einwirkung von Scrophulose und Lymphatismus auf die Entwicklung einer Rachenmandelhyperplasie hält Verf. nicht für erwiesen. Das klinische Bild der Hyperplasie ist in einem gewissen Procentsatz der Fälle durch Tuberculose bedingt und zwar sowohl bei Vorhandensein von Zeichen der Scrophulose, als auch ohne solche. In noch selteneren Fällen kann Lues eine Hyperplasie der Tonsille vortäuschen. Schliesslich kommt Hyperplasie der Rachenmandel als Theilerscheinung hyperplastischer Vorgänge im ganzen lymphatischen Apparat vor. — Diese Gruppen vertreten aber nur einen fast verschwindenden Antheil der Fälle, in denen die Rachenmandel vergrössert gefunden wird. In der weitaus grössten Mehrzahl handelt es sich um im Uebrigen gesunde Individuen, welche eben nur als einzige Abweichung von der Norm die Vergrösserung der Rachenmandel und deren Folgeerscheinungen darbieten. Dieser rein locale Process kann nach B.'s Ansicht auch nur von localen Momenten abhängig sein. Nach längeren Ausführungen, in denen er die Frage nach der Art dieser localen ursächlichen Momente erörtert, kommt B. zu folgendem Schluss: „Die Hyperplasie der Rachenmandel stellt an sich einen Krankheitsbegriff nicht dar. Wie auch andere lymphatische Apparate, die Lymphdrüsen z. B. nicht in constanter Grösse und Zahl angelegt sind, sondern dem Bedürfniss des Organismus entsprechend sich vermehren können, so nehmen auch unter bestimmten Bedingungen, vielleicht durch gesteigerte Inanspruchnahme der Schutzleistung des Organs, die Lymphzellen producirende Elemente — Follikel wie in diffuser lymphoider Infiltration gelegene, weniger abgegrenzte Theilungsherde — an Menge zu. Der Höhepunkt der Entwicklung der Rachenmandel, die Ausbildung der Hyperplasie, fällt in diejenige Lebensperiode, in welcher eine Schutzwirkung gegenüber bakterieller Infection am meisten in Anspruch genommen wird. Die Involution der Rachenmandel, welche klinisch zwar als ein physiologischer Vorgang anerkannt,

pathologisch-anatomisch aber vielfach — zu Unrecht — in Verbindung mit Schrumpfungsprocessen gebracht wird, entspricht nur der geringeren Bedeutung der Function in einem Alter, in welchem bereits gewöhnlich eine gewisse Immunität gegenüber einer gewissen Zahl von eben dem Kindesalter eigenthümlichen Infectionskrankheiten erworben ist. Unvollkommenheit der Involution ist zumeist durch die Persistenz gewisser pathologischer, nicht involutionsfähiger Processe — Cysten, Bursitis etc — bedingt."

2) Görke stellte durch Untersuchung exstirpirter Rachenmandeln fest, dass bei noch so sorgfältiger Operation die oberflächliche Schicht der Fibrocartilago nicht in ihrer ganzen Ausdehnung, sondern nur streckenweise entfernt ist; Reste von adenoidem Gewebe bleiben daher in jedem Falle zurück. Bei der ausserordentlichen Regenerationskraft des lymphatischen Gewebes tritt naturgemäss auch in jedem Falle eine Neubildung von adenoidem Gewebe auf. Allerdings hält sich diese Regeneration unter normalen Verhältnissen innerhalb bestimmter Grenzen. Zu einem klinisch nachweisbaren Recidiv, d. h. zu einer neuen Hyperplasie kommt es nur, wenn die gleichen Factoren, welche die ursprüngliche Hyperplasie bedingten, von neuem wieder wirksam sind — z. B. wenn der Pat. eine acute Infectionskrankheit acquirirt, Scharlach oder Diphtherie, bei denen eine vermehrte Functionsleistung, eine gesteigerte Production von Lymphocyten in den adenoiden Geweben der oberen Luftwege ausgelöst wird. G. ist der Meinung, dass Recidive der Rachenmandel-Hyperplasie wahrscheinlich häufiger sind, als wir anzunehmen pflegen. F. KLEMPERER.

c. Mundrachenhöhle.

41) **W. His. Beobachtungen zur Geschichte der Nasen- und Gaumenbildung beim menschlichen Embryo.** *Abhandl. der Sächs. Ges. d. Wiss., Math.-phys. Cl. XXVII. 3. S. 349.*

Der Mundrachenraum besteht genetisch aus der Mundbuchtanlage und dem Endstück des Kopfdarms. Die Nasenhöhlen schliessen sich, von aussen kommend, dem oberen Theile des vorderen Mundraumes an, indem sie mit der primären Choane in ihn übergehen. Der grössere Theil der Mundrachenhöhle, besonders das ganze Zungengebiet entstammt dem Kopfdarm. Die beiden vorderen Schlundbogen fassen den Zungenkörper zwischen sich, die Zungenwurzel dagegen geht aus dem ventralen Theile des zweiten und dritten Schlundbogens hervor. Die Rachenhaut, welche das ectodermal bekleidete Gebiet der Mundbucht vom endodermalen Blindsack des Kopfdarms scheidet, schwindet sehr früh; die Grenzen der beiden Abschnitte lassen sich aber auch nach ihrem Schwinden bestimmen, indem die hintere Wand der Hypophysentasche die dorsale Abgangsstelle der Rachenhaut bezeichnet. Die Zunge steigt zu einer bestimmten Zeit höher hinauf als die freien Gaumenränder und wird stellenweise von diesen förmlich eingeklemmt. Der Rücken der Zunge berührt während der zweiten Hälfte des zweiten Monats die Schädelbasis, die Zungenspitze legt sich hinter dem Naseneingang an. Somit besteht in dieser Zeit ein beiderseitiger Wolfsrachen mit Tiefstand der Gaumenplatten und Hochstand der Zunge. Die Umlagerung der

Gaumenplatten findet zu Ende des zweiten oder zu Beginn des dritten Monats statt. Von da ab liegen die Gaumenplatten über der Zunge. J. KATZENSTEIN.

42) **Gorschkow. Von den Centralleitungsbahnen der Geschmacksempfindungen. (O centr. prowodnikoch wkusow. o schschusch.)** *Neurol. Westnik. Bd. X. Heft 1.*

Durch Experimente liess sich erweisen, dass nach einseitiger Zerstörung der Geschmacksphäre auftritt:

1. Degeneration der Stabkranzfasern derselben Seite, im äusseren Drittel der inneren Kapsel, im äusseren Ganglion des Sehhügels und der Commissur.
2. Degeneration der Fasern im gleichseitigen Pyramidenbündel.
3. der Fasern für die Association. P. HELLAT.

43) **E. Kmeger. Die Function des N. glosso-pharyngeus beim Wiederkäuer. (La fonction du nerf glosso-pharyngien dans la rumination.)** *Arch. Ital. di Biol. Vol. 36. Fasc. 3. p. 461—462.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

44) **Zwaardemaker** und **Eykmann. Die bucco-pharyngeale Periode des Schluckactes. (De bucco-pharyngeale periode van het stikken.)** *Nederl. Tijdschr. de Geneeskunde.*

Die Verff. haben mittelst Hebeltampons gleichzeitig die Bewegungen der Kiefer, der Backen, der Lippen, des Mundbodens, des Gaumensegels und des Kehlkopfes in der ersten Phase des Sckluckactes registrirt und zeigen, dass diese erste Phase durch Zusammenwirken jener 6 Contractionen erzeugt wird, deren Dauer zwischen $^1/_5$ und $^4/_5$ Secunden schwankt. J. KATZENSTEIN.

45) **Seiffert** (Leipzig). **Zur Aetiologie der Noma.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 49. 1901.*

Es gelang Seiffert in 4 Fällen mit Hilfe der anaëroben Culturmethoden dieselben Fäden, Spirillen und Verzweigungen aufweisende Cladothrixart umzuzüchten, wie in seinem ersten Falle; auch Thierversuche ergaben Pathogenität des aufgefundenen Mikroorganismus für Meerschweinchen und Kaninchen, ja es wurde sogar die Spontaninfection eines Kaninchens an der Lippe beobachtet. Wenn es bei diesen Thieren aber zum Stillstand der Nekrose durch dermatisirende Eiterung kommt, so dürfte dies in dem Bau der thierischen Gewebe und in dem Mangel einer vorherigen disponirenden Läsion liegen. SCHECH.

46) **Alvaro Esquerdo** (Barcelona). **Der harte Lippenschanker und das Epitheliom. (El chancro indurado del labio y el epitelioma.)** *Revist. de Cienc. Medic. de Barcelona. No. 10. Decbr. 1900.*

Im Anschluss an 10 klinische Fälle von Unterlippenschanker, welche man leicht mit Epithelioma hätte verwechseln können, setzt E. eingehend die Differentialdiagnose zwischen beiden Krankheiten auseinander mit Angabe der bei jeder derselben wahrnehmbaren anatomischen und klinischen Veränderungen.

R. BOTEY.



47) **Lieven. Extragenitale Syphilisinfection an den Lippen.** *München. med. Wochenschr. No. 25. 1901.*

Die Erkennung eines extragenitalen Lippenschankers ist durchaus nicht immer so leicht, als man nach der Beschreibung glauben sollte; auch wird derselbe meist erst sehr spät erkannt. Grosse Gefahr droht den Familien durch inficirte Köchinnen und Kindermädchen. Lieven unterscheidet 3 Formen von Lippenschanker, den erosiven, den Krusten- und ulcerösen Lippenschanker; und beschreibt diese verschiedenen Formen, welche mit einer Reihe von anderen Affectionen verwechselt werden können, wie mit Herpes, bösartigen Neubildungen etc. Wenn möglich, soll die Allgemeinbehandlung schon vor Ausbruch der Secundärerscheinungen begonnen werden.

SCHECH.

48) **Berger** (Paris). **Dermoidcyste des Mundbodens. (Kyste dermoïde du plancher buccal.)** *Société de chirurgie. 18. December 1901.*

B. demonstrirt eine grosse Dermoidcyste des Mundbodens, die eingekapselt war und vom Munde her entfernt wurde.

PAUL RAUGÉ.

49) **Gaudier. Dermoidcyste des Mundbodens. (Kyste dermoïde du plancher de la bouche.)** *Nord médical. 25. Januar 1901.*

Die Cyste stammte von einer 32jährigen Frau, und zwar aus dem Munde, wo sie die Athmung und das Schlingen störte. Sie war von pastöser Consistenz, von oblonger Form und reichte bis zu den vorderen Gaumenbögen. Die Probepunction war negativ und man dachte an Lipom.

Die Abtragung durch Eingehen seitlich vom Zungenbein war wegen der Adhäsionen und der Fortsetzung nach der Zungenbasis hin schwierig. Die histologische Untersuchung ergab eine Dermoidcyste.

A. CARTAZ.

50) **X.** (Madrid). **Verschluss des Warton'schen Ganges durch einen Nahrungspfropf. Plötzliche Anschwellung der Unterkieferdrüsen. Katheterismus. Heilung. (Obstruccion del conducto de Warton par un tapon alimenticio. Hinchazon repentina de la glandula submaxilar. Cateterismo. Curacion.)** *Revist. de Especialid. Medic. No. 20. Enero 1901.*

Der Pfropf, ein Reiskorn, war dem Patienten beim Essen in den Warton-schen Gang gelangt, wodurch sogleich eine etwa taubeneigrosse Schwellung in der Unterkiefergegend eintrat. Nach Entfernung des Fremdkörpers und Katheterismus des Ganges trat am anderen Tage Heilung ein.

R. BOTEY.

51) **Crauste. Beitrag zum Studium der angeborenen Theilungen der Zunge. (Contribution à l'étude des divisions congénitales de la langue.)** *Thèse de doctorat en méd. Bordeaux 1901.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

52) **Baumgarten** (Budapest). **Pruritus senilis linguae.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 39. 1901.*

Bei der Geringfügigkeit vieler materieller Veränderungen ist es gut, die Zunge nicht nur bei künstlichem, sondern auch bei Sonnenlicht und mit einer

Linse zu untersuchen. Auch vergesse man nicht den Zungengrund mit dem Spiegel zu besehen, ebenso die Zähne, das Zahnfleisch und allenfallsige Gebisse zu besichtigen. Sehr häufig gehen die Zungenbeschwerden vom Magen oder Darmcanal aus; es bestehen Obstipation, Morb. Brightii, Klimacterium, Uterinleiden oder Menstruationsanomalien, oder die geklagten Beschwerden sind als Parästhesien Hysterischer oder Neurastheniker zu betrachten, oder es liegt Tabes vor, oder es folgt Paralyse nach, oder die Zungenbeschwerden sind Folge einer Bulbärparalyse. Manchmal sind die Zungenerscheinungen Vorboten einer Zungenerkrankung, wie Herpes, Pemphigus, Abscess. Als Pruritus bezeichnet B. jene Fälle, bei denen quälendes Jucken und Brennen der Zunge vorhanden ist, ohne dass materielle Veränderungen an derselben zu sehen wären; in einem Falle handelte es sich um eine dem starken Hautjucken analoge Erscheinung. Die Therapie ist völlig machtlos gegen diese letztere Affection.

SCHECH.

53) **Roy. Gespaltenes Zäpfchen. (Luette bifide.)** *Société de pédiatrie. 12. November 1901.*

Die Affection, welche eine Uvula bifida vortäuschte, war die Folge einer longitudinalen Spaltung des Zäpfchens wegen Gummageschwulst.

PAUL RAUGÉ.

54) **Hoepfer. Zur Kenntniss des Pemphigus der Schleimhäute, insbesondere mit Rücksicht auf einen Fall von gleichzeitig bestehender Tuberculose.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde. etc. No. 6. 1901.*

Ausführliche Krankengeschichte eines auf der v. Schrötter'schen Klinik beobachteten Falles mit differentialdiagnostischen Bemerkungen: es fanden sich alte Narben und frische Efflorescenzen am Gaumen und der Epiglottis. Von 2 weiteren Fällen werden die hauptsächlichsten Veränderungen beschrieben: H. meint, es sei noch nicht sicher, dass der Pemphigus in pathogenetischer Hinsicht ein einheitlicher Begriff sei.

SCHECH.

55) **Royet** (Lyon). **Schmerzhafte Dysphagie ohne deutliche Läsion, epileptischen Ursprungs. (Dysphagie douloureuse sans lésion apparente d'origine épileptique.)** *Echo médical de Lyon. 15. December 1901.*

Es handelt sich um einen 28jährigen Kranken, der nach epileptischen Anfällen Halsschmerzen und erschwerte schmerzhafte Deglutition bekam. Dabei bestand keine Zungenverletzung noch irgend welche sichtbare Verletzung.

Es handelte sich wahrscheinlich um Muskelschmerzen in Folge krampfhafter Contractionen im Anfall.

PAUL RAUGÉ.

56) **W. Stewart. Vergrösserte Tonsillen bei einer 57jähr. Frau. (Enlarged tonsils in a woman aged 57.)** *Lancet. 1901.*

Vor 11 Jahren waren beide Tonsillen entfernt worden. Seit 1 Jahr bestand das Gefühl der Schwellung im Halse und zeitweilige Blutungen. Es fand sich ausgehend von der linken Tonsille eine wallnussgrosse Schwellung, die galvanokaustisch behandelt wurde. Es bestanden keine Zeichen von Malignität.

ADOLPH BRONNER.



57) G. L. Richards. **Eine seltene Anomalie der Gaumentonsillen. (An unusual anomaly of the faucial tonsil.)** *Journal American Medical Association. 22. Juli 1901.*

Bei einem Versuch, bei einer älteren Frau die Tonsillotomie auszuführen, war Verf. überrascht, dass sich die Tonsille nicht durchschneiden liess und fand bei der Untersuchung mit dem Finger, dass die Tonsille an ihrem äusseren Rand von einer Knochenmasse durchsetzt war. Dieselbe wurde mit einer Knochenzange entfernt und stellte sich bei der Untersuchung als ein deutlich markhaltiges Stück vom Processus styloides dar. Bei der Untersuchung der anderen Seite mit dem Finger fand sich, dass sich die Spitze des Processus auch hier deutlich, wenn auch weniger prominent fühlen liess.

LEFFERTS.

58) Hermann Cordes. **Histologische Untersuchungen über die Pharyngitis lateralis, zugleich ein Beitrag zur Pathologie der Balgdrüsen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. XII. H. 2. S. 203. 1901.*

Sorgsame histologische Untersuchungen, deren genaues Studium den Interessenten empfohlen sei, führen C. zu dem Schluss: „Bei der Pharyngitis lateralis handelt es sich um die pathologische Entwicklung einer neuen, kleinen, länglich gestalteten Tonsille. Die Bildung und das Wachsthum derselben findet statt durch Vermehrung schon vorhandener lymphoider Elemente und Vergrösserung schon bestehender Follikel, insbesondere aber durch Neubildung von Krypten, lymphatischen Elementen und ganzer Follikel.“

F. KLEMPERER

59) H. L. Burrell. **Sogenannte felliculäre Pharyngitis. (So-called follicular pharyngitis.)** *Western Medical Review. 15. November 1901.*

Verf. bevorzugt die Bezeichnung lymphatische Sklerose des Pharynx.

EMIL MAYER

60) C. Hödlmoser. **Ueber eine fulminante Form von Phlegmone des Pharynx und Larynx. (Concerning a fulminating form of phlegmon of the pharynx and larynx.)** *Memphis Medical Monthly. November 1901.*

Uebersetzt aus der Monatsschrift für Ohrenheilkunde. Bd. 35. No. 7.

EMIL MAYER.

61) Lermoyez ((Paris). **Spinale Lähmung nach Phlegmone des Pharynx. (Paralysie du spinal consécutive à un phlégmon du pharynx.)** *Société médicale des Hôpitaux. 12. Juli 1901.*

Bei einer Frau stellte sich im Anschluss an einen phlegmonösen Abscess eine Lähmung mit Atrophie des M. trapezius und sternocleidomastoideus der rechten Seite ein. Dabei bestand eine rechtsseitige Stimmband-, Gaumensegel- und Pharyngoconstrictoren-Lähmung.

Die Affection schien auf eine Entzündung in der Nähe des äusseren Astes des Spinalnerven zurückzuführen zu sein.

PAUL RAUGÉ.

62) **Grünwald. Zur Entstehung und Behandlung der Phlegmone im Rachen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 30. 1901.*

Gr. polemisirt gegen die Bezeichnung peritonsillärer Abscess, da dieser nichts anderes sei als eine supratonsilläre Phlegmone; der wirkliche peritonsilläre Abscess sei eine Rarität und spiele in dem die Mandeln aussen und vorne umgebenden Bindegewebe ab und habe verschiedene Ursachen, wie z. B. Fremdkörperinfection oder Zahnerkrankungen; Mundsperre sei dabei nicht vorhanden. Sehr selten ist auch der Mandelabscess, bei dem auch stärkere Kieferklemme fehlen; noch seltener ist der chronische Mandelabscess, zu dessen Eröffnung sowie jener der Lacunen G. ein kleines Messer construirt hat. Die acute infectiöse Phlegmone hält G. nicht für ein besonderes Krankheitsbild, sie ist eben eine schwere Intoxication mit vermehrter Inanspruchnahme des Herzens. Bei dem supratonsillären Abscess wird die Eröffnung nach Killian empfohlen.

SCHECH.

63) **Breitung. Zur Technik der Entfernung von Fischgräten aus dem Halse.** *Münch. med. Wochenschr. No. 28. 1902.*

Empfehlung der Palpation zur Auffindung spitzer Fremdkörper; sie führt schneller zum Ziele als die Inspection, was hinlänglich bekannt sein dürfte.

SCHECH.

64) **v. Riedl. Ein interessanter Fall von Rachen- und Kehlkopfsyphilis.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1901.*

Totale Verwachsung des Velum mit der hinteren Rachenwand, Anlöthung der Epiglottis; sehnige Narbenzüge: Eingang zu Kehlkopf und Oesophagus halbpfenniggross.

SCHECH.

65) **Lejars** (Paris). **Narbenstenosen im Pharynx. (Rétrécissements cicatriciels du pharynx.)** *Société de chirurgie. 20. September 1901.*

Es handelt sich um zwei von Morestin beobachtete Fälle. Der erste war auf eine Stenose durch alte syphilitische Veränderungen, die mit einer Zerstörung der Gaumenbögen und complettem Verschluss zwischen Nase und Rachen einherziehen, zurückzuführen. Dabei bestand eine Verdickung des Epiglottisrandes, welche Erstickungsanfälle herbeiführte.

Auch der zweite Fall ist syphilitischen Ursprungs. Zwischen Pharynx und Zungenbasis bestand eine Membran, die nur ein für die Zeigefingerkuppe durchgängiges orificium aufwies. Wegen Respirations- und Ernährungsstörung wurde ein erfolgreicher chirurgischer Eingriff unternommen.

PAUL RAUGÉ.

66) **R. Botey** (Barcelona). **Grosses Fibro-Myxom, welches von der Mund- und Rachenhöhle ausgehend, diese Theile und die ganze rechte Nasenhöhle vollständig ausfüllte. (Enorma fibro-myxoma llenando el cavum, emergiendo en la oro-faringe y ocupando toda la fosa nasal derecha.)** *Boletin de Laringol. No. Abril-Mayo 1901.*

Der genannte Tumor hatte zusammen genommen fast die Grösse eines Hühnereies. Die Exstirpation erfolgte mittelst der kalten Schlinge durch kräftigen Zug durch die rechte Nasenhöhle hindurch.

AUTOREFERAT.

67) **Ed. Laval. Grosse alimentäre Fremdkörper im laryngealen Abschnitte des Pharynx. (Les corps étrangers alimentaires volumineux du pharynx laryngien.)** *Bulletin médical. 3. Juli 1901.*

Es handelt sich um Fremdkörper, die am Eingang der Luftwege und zwar in ihrem pharyngealen Abschnitt festgeklemmt waren. Gewöhnlich sind es grosse Stücke Fleisch. Die Epiglottis ist dann gewöhnlich hinabgedrängt und verlegt den Larynxeingang.

Der Kranke verfällt dann plötzlich in einen Erstickungsanfall, welcher schnell tödtlich enden kann.

Wenn man überhaupt Zeit zum Handeln hat, ist die unmittelbare Tracheotomie bei Erstickungssymptomen geboten.

Mittheilung derartiger Fälle. PAUL RAUGÉ.

d. Diphtheritis und Croup.

68) **E. Ken Herrnig** (Victoria). **Bemerkungen über Diphtherie. (Note on diphtheria.)** *Australasian Medical Gazette. 20. September 1901.*

Verf. rühmt den Erfolg von Pinselungen mit Resorcinlösungen bei der Diphtherie, die Antitoxininjectionen seiner Meinung nach entbehrlich machen. Auch bei falliculärer Angina leisteten sie ihm stets gute Dienste.

A. T. BRADY.

69) **Ch. E. Davis** und **Arthur J. Laird. Ein Fall von Diphtherie. (A case of diphtherie.)** *Albany Medical Annals. September 1901.*

Der Fall wird mitgetheilt, um die Schnelligkeit der antitoxischen Wirkung zu demonstriren. Versuche an Meerschweinchen, welche noch 3 resp. 4 Wochen später die Virulenz der Bacillen erkennen liessen. EMIL MAYER.

70) **Ausset. Ein Fall von aufsteigendem Croup. Primäre diphtherische Bronchitis. (Un cas de croup ascendant. [Diphthérie bronchique d'emblée].)** *Nord méd. 15. Februar 1901.*

Ein 5jähriges Mädchen erkrankt an doppelseitiger Bronchitis, dann an Bronchopneumonie und am 4. Tage stellen sich Erstickungsanfälle ein. Normaler Halsbefund, keine submaxillaren Drüsenschwellungen, kein Anzeichen pharyngealer Diphtherie. Man denkt an laryngeale Diphtherie, u. A. nimmt die Intubation vor, die gut ertragen wird. 20 ccm Roux'sches Serum werden injicirt: die erste Intubationskanüle wird gleichzeitig mit Membranen ausgehustet. Die Seruminjection wird ebenso wie die Intubation wiederholt, und das Kind kam zur Heilung. A. CARTAZ.

71) **Kiepen. Affectionen des Herzens bei Diphtherie. (Des lésions du coeur dans la diphtherie.)** *Thèse de Lyon. 1901.*

Die Myocardaffectionen bei der menschlichen Diphtherie sind dieselben, wie man sie bei Thieren durch subcutane oder intravenöse Injectionen mit Diphtherietoxin erzielt. In beiden Fällen treten zuerst ausgedehnte parenchymatöse

Veränderungen auf. Die Wucherung des Bindegewebes beginnt erst in der 4. Woche.

Klinisch giebt es kein sicheres Unterscheidungsmerkmal zwischen parenchymatösen und interstitiellen Veränderungen. Die Myocarditis kann ganz latent verlaufen.

PAUL RAUGÉ.

72) **Lesieur** (Lyon). **Ueber das Zustandekommen von Lähmungen beim Meerschweinchen durch sog. Pseudodiphtheriebacillen. (Production de paralysies chez le cobaye par des bacilles dits pseudo-diphthériques.)** *Province médicale. 17. August 1901.*

Die sog. Pseudodiphtheriebacillen sind zwar für das Meerschweinchen in den gewöhnlichen Dosen nicht direct tödtlich, aber sie verursachen tödtliche Lähmungen bei diesen Thieren, wie der echte Löfflerbacillus. Es genügt dazu die einfache Erhöhung der Dose oder künstliche Verstärkung der Culturen.

PAUL RAUGÉ.

73) **Barbier** und **Lobligeois** (Paris). **Intensive Serumtherapie bei Diphtherie. (Serotherapie intensive dans la diphthérie.)** *Société médicale des Hôpitaux. 14. Juni 1901.*

Verf. haben gelegentlich einer schweren Epidemie in Paris mit Erfolg wiederholte Injectionen vorgenommen.

Manche Kinder bekamen bis zu 140 ccm Serum in wenigen Tagen.

PAUL RAUGÉ.

74) **Renoux. Ueber die ephemere Wirkung des Diphtherieserums. (De l'action éphémère du sérum antidiphthérique.)** *Indépendance médicale. 4. Juli 1901.*

Verf. berichtet über ein tödtliches Recidiv von Diphtherie 3 Wochen nach einer Seruminjection, die eine vorübergehend vollständige Heilung gebracht hatte. Er schliesst darauf auf die kurze Immunisirungsdauer nach den Injectionen.

PAUL RAUGÉ.

75) **Babot** et **Bonnamour** (Lyon). **Anwendung des künstlichen Serums als prognostisches Mittel bei der Diphtherie der Kinder. (De l'emploi du sérum artificiel comme moyen de pronostic chez les enfants dans la diphtherie.)** *Lyon médical. 25. August 1901.*

Verff. fassen ihre Erfahrungen dahin zusammen: Wenn nach der Injection die Urinmenge steigt ohne gleichzeitiges Erbrechen und Diarrhoeen, wird die Diphtherie gut verlaufen, wie auch der Allgemeinzustand beschaffen sein mag.

Wenn der Kranke wenig Urin lässt, erbricht und Durchfälle bekommt, ist die Diagnose ungünstig, selbst wenn das Kind einen günstigen Eindruck macht.

B. u. B. erklären sich das so, dass das Serum eine Hypertension macht, welche in günstigen Fällen die Diurese steigert. Zum Zustandekommen dieser Hypertension gehört ein günstiger Zustand des Herzens, nur wenn die Toxine bereits das Herz angegriffen haben, ist ein tödtlicher Ausgang zu erwarten.

PAUL RAUGÉ.



e. Kehlkopf und Luftröhre.

76) **R. du Bois-Reymond** und **J. Katzenstein. Weitere Beobachtungen über die Coordination der Athembewegungen.** *Verhandl. der physiol. Gesellsch. zu Berlin. Jahrg. 1901/1902. 27. Juli 1902 im Arch. f. (Anat. u.) Physiol.*

Grossmann hat bei einer Untersuchung über den centralen Ursprung der Innervationsbahnen für die einzelnen Kehlkopfmuskeln hervorgehoben, dass bei künstlicher Athmung vermittelst Lufteinblasungen Bewegungen des Kehlkopfes eintreten, die er als „perverse“ bezeichnet. Diese Bewegungen bestehen darin, dass bei der Einblasung die Stimmritze geschlossen, beim Ausströmen der Luft geöffnet wird. Die centripetalen Impulse für diese Kehlkopfbewegungen verlaufen im Vagus. Kreidl bestätigte diese Erfahrungen durch Untersuchungen am Affen: Auch er sah bei Einblasungen die Stimmritze sich verengen, bei der Ausathmung erweitern und fand, dass diese Stimmlippenbewegung nach Durchreissung der vordersten Bündel des Vagus ausblieb.

Die von du Bois-Reymond und Katzenstein durch künstliche Athmung hervorgerufenen Stimmlippen-Bewegungen (s. Arch. f. [Anat. u.] Physiol. 1901. p. 513) sind derart, dass bei Zusammendrücken des Brustkorbes, also bei der Ausathmung Verengerung, beim Nachlassen des Druckes, also bei der Einathmung Oeffnung der Stimmlippen, eintritt. Diese Stimmlippenbewegungen sind also nicht pervers oder ungleichsinnig, sondern gleichsinnig zu den normalen Athembewegungen. Die centripetale Bahn für diese Bewegungen verläuft nicht im Vagus: Die Erregung des Athemcentrums wurde ausgeschlossen, indem das Versuchsthier in Apnoe versetzt wurde, die Erregung der Lungenäste des Vagus, indem beiderseits vollkommener Pneumothorax hergestellt wurde und dennoch traten auf Compression des Brustkorbes stets Schliessbewegungen, auf Nachlassen Erweiterungsbewegungen des Kehlkopfes ein. Ferner machte bei Thieren, denen rechterseits der Vagusstamm unterhalb der Abgangsstelle des Recurrens, linkerseits der Halsvagus durchschnitten war, die rechte Stimmlippe bei Einblasungen keine Bewegungen mehr, ging dagegen bei Compression des Brustkorbes prompt in die Medianstellung und auf Nachlassen des Druckes in Abductionsstellung.

J. KATZENSTEIN.

77) **A. Onodi** ((Budapest). **Die Lehre von der centralen Innervation des Kehlkopfes.** *Wien. klin. Rundschau. No. 16. 1902.*

Auf Gund eingehender Untersuchungen kommt O. zu folgenden Schlusssätzen:

1. Die Zerstörung der Phonationscentren in der Gehirnrinde hat keinen Einfluss auf die Phonation.

2. Die Zerstörung der grossen Gehirnganglien, Thalamus opticus, Corpus striatum, Nucleus lentiformis beeinflusst nicht die Phonation.

3. Die totale Abtrennung des Gehirns in der Höhe der vorderen Corpora quadrigemina stört nicht die Phonation.

4. Die Läsionen des Kleinhirns üben keinen Einfluss auf die Phonation aus.

5. Die totale Durchtrennung des verlängerten Markes oberhalb des Vagusgebietes hebt sofort die Phonation auf und ermöglicht nur die Athmung.

CHIARI.

78) **Scheier. Ueber den Kehlkopf des Eunuchen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 10. 1901.*

In dem auf einer niedrigen Stufe stehenbleibenden Kehlkopfe des Eunuchen, der jenen der Weiber an Grösse übertrifft, verknöchern die Knorpel in höherem Alter ebenfalls, aber in einer mehr dem weiblichen Kehlkopfe sich annähernden Weise.

SCHECH.

79) **F. Rueda** (Madrid). **Ueber die Verbesserung der Eunuchen-Stimme. (Sobre la correccion de la voz eunucoide.)** *Revist. de Medic. y Cirug. Practic. No. 14. Julio 1901.*

R. berichtet einen Fall von Eunuchen-Stimme, den er mit Erfolg behandelte, zuerst durch absolutes Schweigen seitens des Patienten, und nachher durch zweimal täglich vorgenommene strenge Lesemethode. Nach Verlauf von 1 Monat war die Eunuchenstimme vollständig verschwunden.

R. BOTEY.

80) **Schech. Casuistische Mittheilungen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 12. 1901.*

Bericht über 3 seltenere Fälle in der laryngo-otologischen Gesellschaft in München. Der erste Fall betrifft eine Vagusverletzung durch Tentamen suicidii; eine durch in den Mund abgefeuerte Revolverkugel, die noch steckt, comprimirt den Vago-Accessorius an der Schädelbasis, es bestand ausser linksseitiger Recurrenslähmung Parese und theilweise Atrophie des M. sternocleidom. und Cucullaris. Der zweite Fall betrifft eine Hysterica, die schon einmal wegen perverser Action der Stimmbänder in Behandlung war und mit Krämpfen in den Muskeln des Unterkiefers, clonischen Krämpfen der Kaumuskeln, des Platysma, Sternocleidomast., Cucullaris, Orbic. oris und der Stimmbänder. In dem dritten Falle, einer Narbencontractur des Larynx unter dem Bilde der Abductorenlähmung waren alle Erweiterungsversuche mit Zinnbolzen und O'Dwyer'schen Röhren vergeblich, offenbar weil die constringirende Narbe nicht mehr dehnungsfähig war, weshalb weitere Versuche mit gewaltsamer Dehnung vorgenommen werden sollen, und wenn diese auch nichts nützen, die Laryngofissur angerathen wird.

SCHECH.

81) **Lehr** (Hamburg). **Vier Fälle von Kehlkopferkrankungen.** (Vorstellung im ärztlichen Verein.) *Deutsche med. Wochenschr. No. 41. V.-B. 1901.*

1. Recurrensverletzung bei der Laryngotomie zur Exstirpation von Kehlkopfpapillomen, 2. Aneurysma der A. pharyngea ascendens, 3. und 4. Tuberculose der Halsorgane bei 2 Graviden. Exitus beider Frauen im Wochenbett.

ZARNIKO.

82) **Naumann** (Reinerz). **Ueber Kehlkopftuberculose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 27. 1902.*

N. betont Freytag gegenüber, dass Kehlkopftuberculose in allen Stadien

spontan heilen könne und empfiehlt als Hauptmittel absolutes Schweigen; das Flüstern, das oft gestattet werde, verwirft er, weil dasselbe die Stimmorgane noch mehr anstrenge, als lautes Sprechen. SCHECH.

83) **F. Arloing** (Lyon). **Aneurysma des Aortenbogens, Compression des Recurrens und des linken Bronchus. Plötzlicher Tod durch Haemopericard. (Aneurysma de la crosse aortique; compression du récurrent et de la bronche gauche; mort subite par hémo-pericarde.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 5. December 1900.*

Demonstration anatomischer Präparate, dessen Erkrankung vor $1^1/_2$ Jahren mit Erkältung begann. Von diesem Augenblick an zeigte er alle localen und allgemeinen Symptome einer Ectasia aortae; plötzlicher Tod am 20. November.

Autopsie: Abundantes Hämopericard. Herz ist überlagert durch ein enormes sackförmiges, faustgrosses Aneurysma, ausgehend vom Anfang des Aortenbogens.

PAUL RAUGÉ.

84) **Sendziak. Ueber die Bedeutung der laryngologischen Untersuchung bei Aortenaneurysma. (O doniostosci badania krtani przy tetniakach aorty.)** *Przeglad Lekarski. No. 24. 1902.*

Verfasser beschreibt einen entsprechenden Fall, bei welchem eine totale linksseitige Recurrenslähmung als einzige primäre Erscheinung bestand und wo später die röntgenoskopische Untersuchung ein Aortenaneurysma entdeckte.

v. SOKOLOWSKI.

85) **Onodi. Ein unter der Stimmritze eingeheilter nekrotischer Knochen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1901.*

Der betreffende Kranke war luetisch und hatte schon früher 4 kleine Knochenstücke ausgehustet; plötzlich bekam er Dyspnoe und Onodi entdeckte unter der Glottis einen rauhen bräunlichen Fremdkörper, der durch die Larynxfissur entfernt wurde und sich als 2 cm langer, 2—3 mm dicker Knochen entpuppte; wahrscheinlich war es ein Stück der perichondritisch erkrankten cariösen Ringknorpelplatte. SCHECH.

86) **Goldschmidt** (Breslau). **Fremdkörper im Larynx.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 31. Vereinsbeil. 1901.*

Stecknadel, schräg über dem Larynx liegend, manuell entfernt. ZARNIKO.

87) **Fernandez Gomez** (Madrid). **Ein Fall von Glottiskrampf. (Un caso de spasmo de la glottis.)** *Revist. de Especial. Medic. No. 20. Febrero 1901.*

Bei dem Pat., einem 10 monatlichen Kinde, traten beim geringsten Reiz bis zu 30 Anfälle täglich ein. Nachher wurden bei ihm Magendarmstörungen beobachtet, deren Behandlung Heilung zur Folge hatte. R. BOTEY.

88) **L. Wicherek** (Wien). **Ein casuistischer Beitrag zur Aphonia spastica.** *Wiener klinische Rundschau. No. 5. 1902.*

Heilung eines Falles von 8 Monate dauernder, hysterischer spastischer Aphonie bei einem Manne, welche durch ein geringfügiges Trauma eintrat und

nach Cocainisirung des Larynx mit methodischen Sprechübungen beseitigt wurde. — W. theilt die allgemeine Ansicht bezüglich der wegen häufiger Relapse ungünstigeren Prognose.

CHIARI.

89) **C. U. Maalöe** (Kopenhagen). **Einige Fälle von Spasmus glottidis und Convulsionen bei Kindern, durch Entfernung der adenoiden Vegetationen geheilt. (Nogle Tilfälde af Spasmus glottidis og Konvulsionen hos Börn helbredte ved Fjärnelsen af adenoide Vegetationer.)** *Hospitals Tidende. 16. Juli 1902. S. 729.*

Verf. theilt 4 Fälle von Spasmus glottidis und 5 Fälle von Spasmus glottidis mit Convulsionen complicirt bei Kindern im Alter von 8 Monaten bit $3^3/_4$ Jahren mit, wo Entfernung der adenoiden Vegetationen von Heilung der Krämpfe gefolgt ist.

E. SCHMIEGELOW.

90) **Schraga** (Belgrad). **Vollständige Fixation der Stimmbänder durch syphilitische Processe, beiderseitige Abductorenlähmung vortäuschend.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 8. 1901.*

Da die scheinbare Abductorenlähmung auf subcutane Quecksilberinjectionen zurückgingen und deutliche Erscheinungen eines entzündlichen Processes vorlagen, so dürfte die Fixation der Stimmbänder durch eine specifische Infiltration um die Arytaenoidgelenke bedingt gewesen sein.

SCHECH.

91) a) **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Ein Fall von sogenannter Posticuslähmung mit Sectionsbefund.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. XII. H. 2. S. 289. 1901.*

b) **Arth. Kuttner** (Berlin). **Bemerkungen zu dem J. Möller'schen Aufsatz.** *Ibidem. XII. 3. S. 461. 1901.*

c) **Jörgen Möller. Antwort an Herrn Kuttner.** *Ibidem. XIII. 1. S. 159. 1902.*

d) **Arth. Kuttner. Schlusswort an Herrn Möller.** *Ibidem. XIII. 1. S. 161. 1902.*

a) Möller theilt aus der Prof. Mygind'schen Klinik folgenden Fall mit: 66jähriger Pat. mit Brustbeschwerden, Heiserkeit, Dysphagie. Die rechte Stimmlippe steht unbeweglich in der Mittellinie, bei Phonation wie Inspiration; die linke bei Inspiration stark abducirt, bei Phonation adducirt, doch nur in ihrem vorderen und hinteren Theile mit der rechten in Contact, während in der Mitte durch concave Ausbiegung des Randes der linken Stimmlippe ein 1—2 mm breiter Spalt bleibt. Es wird diagnosticirt typische rechte Posticuslähmung und Lähmung des linken M. thyreo-arytaenoideus; als Ursache der letzteren wird ein geringer vorhandener Catarrh angesehen, als Ursache der ersteren deckt die weitere objective Untersuchung unzweifelhafte Zeichen eines Mediastinaltumors auf, welcher zahlreiche glanduläre Metastasen in den Halsregionen verursacht, auch wohl den Oesophagus ergriffen hat. Der Kranke geht unter zunehmenden Beschwerden in etwa 3 Monaten zu Grunde. Die letzte Zeit vor dem Tode wird bei unveränderter rechtsseitiger Posticuslähmung ein Verschwinden der linksseitigen Internuslähmung constatirt: die linke Stimmlippe schliesst sich beim Phoniren jetzt

gut der rechten an; dementsprechend war auch die Stimme gegen Ende entschieden besser geworden. Die Section ergiebt ein grosses Sarkom im Mediastinum anticum, den Oesophagus perforirend und Fortsetzungen hoch nach oben in die Furchen zwischen der Trachea und dem Oesophagus sendend, namentlich auf der rechten Seite; der rechte Recurrens war völlig in die Geschwulstmasse eingebettet. — Am gehärteten Kehlkopf steht die rechte Stimmlippe, von der Spitze des Proc. vocalis gemessen, $1^1/_2$ mm von der Mittellinie entfernt, die linke 3 mm. „Der rechte M. crico-arytaenoideus post. fand sich beträchtlich verkleinert, sowohl in der Flächenrichtung als der Dicke nach; die Farbe war dagegen recht gut erhalten. Der linke M. crico-arytaenoideus post. zeigte keine sichtbare Veränderung. Auf einem frontalen Durchschnitte durch die Seitenhälfte des Kehlkopfes zeigte sich die rechtsseitige Musculatur bezüglich des Volumens nicht wesentlich verändert, dagegen war das Aussehen etwas mehr körnig und gelblich als auf der linken Seite; doch war das ganze Aussehen nicht ein solches, dass man makroskopisch auf eine bedeutendere Degeneration hätte schliessen mögen". Bei der mikroskopischen Untersuchung aber ergab sich eine ausgesprochene Degeneration des rechten M. crico-arytaenoideus post., sowie auch der seitlichen Musculatur der rechten Seite (Mm. crico-arytaenoideus lat., thyreoarytaenoideus etc.), ferner eine hochgradige Atrophie des rechten Nerv. recurrens, in dem nur hie und da noch Spuren von Achsencylindern gefunden wurden. Der rechte Posticus und die seitliche Musculatur waren „anscheinend in gleichem Grade atrophirt", die Recurrensatrophie war so hochgradig, dass „wahrscheinlich eine völlige Unterbrechung der Leitungsfähigkeit" vorlag.

Möller folgert aus diesem Befunde, „dass man nicht auf das makroskopische Aussehen der Musculatur zu viel Gewicht legen darf; dem M. crico-arytaenoideus posticus wird man es zwar ansehen können, wenn er in beträchtlicherem Grade atrophisch ist, indem er dann im Ganzen an Volumen abnimmt, weil er verhältnissmässig frei liegt, nur von lockerem Gewebe umgeben. Die seitliche Musculatur dagegen wird an Volumen nicht deutlich abnehmen, falls nicht eine sehr hochgradige Atrophie vorhanden ist, wahrscheinlich deshalb, weil sie zu der ganzen Masse von Drüsen, elastischem Gewebe etc. in so enger Beziehung steht, dass sie sich nicht als Ganzes zusammenziehen kann; es werden sich nur die einzelnen Muskelfasern von dem Perimysium internum zurückziehen".

Möller stellt im Anschluss an seinen Fall die anderen in der Literatur niedergelegten Fälle von Posticuslähmung, bei denen die Section gemacht wurde, zusammen und constatirt, dass die pathologisch-anatomischen Befunde bei derselben nicht übereinstimmen. Er schliesst: „Klinisch und experimentell ist ja das Semon'sche Gesetz durch zahlreiche Untersuchungen bestätigt; aber das pathologisch-anatomische Material, welches zur Begründung des Gesetzes dienen sollte, ist so klein und zeigt so grosse anscheinende Widersprüche, dass eine gründliche Aufklärung auch dieser Seite der Frage wünschenswerth wäre."

b) Kuttner rügt eine gewisse Zweideutigkeit in M.'s Mittheilung, die nicht klar erkennen lässt, ob sie für oder wider das Semon'sche Gesetz sich richtet.

Möller's Annahme, dass die seitliche Musculatur eine vorhandene Atrophie makroskopisch nicht erkennen lässt, weil sie aus anatomischen Gründen nicht deutlich abnehmen kann (s. oben), erklärt K. für „eine auch nicht durch die Spur eines Beweises gestützte Hypothese, der noch dazu jedes Analogon fehlt". Möller's Zusammenstellung der Fälle von Posticuslähmung mit Sectionsbefund ist unvollständig, es fehlen einige besonders wichtige Publicationen. Die Beurtheilung des M.'schen Falles gipfelt in der Frage: Was ist entscheidend, der makroskopische oder der mikroskopische Befund? Bezüglich des letzteren weist Kuttner darauf hin, dass die Abschätzung der quantitativen Verhältnisse bei der mikroskopischen Beurtheilung von Degenerationsvorgängen im Muskel grossen Schwierigkeiten begegnet und bis zu einem gewissen Grade unsicher ist. „Deshalb scheint es nicht angängig zu behaupten, in zwei Muskelgruppen, deren makroskopisches Aussehen so wesentliche Verschiedenheiten aufweist, sei die Degeneration gleich stark, weil das Mikroskop in beiden theilweise Verkleinerung der Querschnitte und herabgesetztes Functionsvermögen nebst Abschwächung der Querstreifung zeigt". Auf Grund des makroskopischen Befundes nimmt K. vielmehr an, dass die Degenerationsvorgänge im Posticus älteren Datums und weiter vorgeschritten waren, als die Veränderungen in den Adductoren und er sieht in dem Möller'schen Falle daher einen vollwerthigen Belag für das Semon-sche Gesetz, nicht einen Beweis gegen dasselbe.

c) und d) Möller vertheidigt sich gegen den Vorwurf der Zweideutigkeit: er wollte weder für noch wider das Semon'sche Gesetz schreiben, sondern nur objectiv seinen Fall mittheilen. Den mikroskopischen Befund hält er für bedeutungsvoller als den makroskopischen und meint deshalb trotz der Einwände Kuttner's, dass sein Fall sich in gewissen Hinsichten mit dem Semon'schen Gesetze nicht in Uebereinstimmung bringen lässt.

Kuttner hebt noch einmal hervor, dass es nur das eine oder andere giebt; der Möller'sche Fall argumentirt für oder gegen das Semon'sche Gesetz. Kuttner verkennt nicht, dass „die Semon'sche Lehre, so vieles auch für sie spricht, bis zum heutigen Tage noch nicht als absolut bewiesen zu betrachten ist"; aber in dem Möller'schen Falle sieht er ein Glied in der Kette derjenigen Erfahrungen, die für dasselbe sprechen.

F. KLEMPERER.

92) **R. du Bois-Reymond** und **J. Katzenstein. Experimentelle Medianstellung der Stimmlippe.** *Verhandl. d. Physiol. Gesellsch. zu Berlin. Jahrg. 1901/1902. 27. Juli 1902 im Arch. f. (Anat. u.) Physiol.*

Die Verff. beobachteten, dass nach Vagusdurchtrennung unterhalb der Abgangsstelle des N. recurrens die Stimmlippe auf der operirten Seite nicht so weit abducirt und adducirt wurde, als auf der gesunden. Sie schlossen hieraus, dass im Vagusstamme centripetale Reize für die Kehlkopfinnervation verlaufen, unter deren Einfluss die Athembewegungen der Stimmlippen ihren normalen Umfang zeigen. Fallen diese Reize fort, so tritt die geschilderte Abnahme der Stimmlippenbewegung ein. Ist die Bewegung durch Ausschaltung entweder der Erweiterer oder Verengerer schon vorher in einem oder dem anderen Sinne einge-

schränkt, so war zu erwarten, dass jetzt nach Durchschneidung des Vagus unterhalb des Recurrens dauernd Medianstellung oder extreme Abductionsstellung eintrat. Dies bestätigte sich. Nach Entfernung des N. crico-arytaenoideus post. und darauf folgender Vagusdurchschneidung unterhalb des Recurrens trat die entsprechende Stimmlippe in die Mittellinie oder ganz nahe an die Mittellinie und blieb dort stehen. Bei doppelseitiger Ausführung der Operation traten beide Stimmlippen in die Mittellinie. Ueber die Erklärung und Bedeutung der so herbeigeführten Medianstellung der Stimmlippe für das zweite Stadium der Recurrensparalyse ist das Original einzusehen. Nach Ausschaltung der Verengerer durch Neurotomie und Durchschneidung des Vagus unterhalb des Recurrens trat eine dauernde Abductionsstellung der Stimmlippe ein.

J. KATZENSTEIN.

93) **L. Hermann. Ueber die Synthese von Vocalen.** *Pflüger's Archiv. XCI. 3 u. 4. S. 135.*

Verf. verwirft die harmonische Analyse von Vocalcurven, weil in ihnen unharmonische Formanten, hauptsächlich bei A, O, U vorkommen. Er verwendet die synthetische Methode, die rationell, nicht nur empirisch sein muss, wie mit den Sprechmaschinen. Bei der Entstehung der Vocale bedingen die selbstständigen anaperiodischen Schwingungen der Formanten den charakteristischen Vocalklang. Um dies Verhältniss künstlich zu erzeugen, lässt Verf. eiserne Löcherscheiben vor einem Telephon rotiren und beobachtet den entstehenden Ton in einem zweiten Telephon. Die Vocale A und E wurden gut erzeugt, je nach Form und Umlaufsgeschwindigkeit der Scheiben in verschiedener Tonhöhe. Durch Steigerung der Umlaufsgeschwindigkeit konnte A in E übergehen. Mit Scheiben, die runde Löcher hatten, E zu bilden, war unmöglich. Scheiben, die schmale Zähne und breite Lücken hatten, waren besser als die anderen. Es war gleich, ob die Zahl der Schwingungen des Formanten zu der des Grundtones in harmonischem Verhältniss stand oder nicht. Hieraus ergiebt sich, dass die Fournier'sche Zerlegung, die nur harmonische Componenten berücksichtigt, für die Behandlung der Vocalcurven ungeeignet ist. Durch Erzeugung eines Unterbrechungstons konnten beliebige Verhältnisse der Formanten zu den Grundtönen untersucht werden. Der Formant braucht nicht im festen Verhältniss zum Grundton zu stehen. Steigerung der Schwingungszahlen des Formanten, die auf eine Periode entfallen, hatte für E ein günstigeres Ergebniss, während für A kein Unterschied war. Ein reines O konnte nicht erzeugt werden, sondern nur Uebergänge von A zu O = AO.

J. KATZENSTEIN.

94) **Steiner. Ueber den Intentionskrampf der Sprache, die sogenannte Aphthragie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 27. 1902.*

Mittheilung eines Falles; bei einem Kranken, der, wenn er sprechen wollte, durch den Eintritt eines Krampfes daran verhindert wurde, aber nach Ablauf des Krampfes den Sprechact normal abwickeln konnte. An dem Krampfe betheiligten sich die meisten Muskeln des Gesichtes, der Sternocleidomastoidei, die Muskeln des Mundbodens, der Zunge, bei heftigen Anfällen auch die Muskeln der Arme und Beine.

SCHECH.

95) **Lüders** (Wernigerode). **Ueber einen Fall von laryngealem Pfeifen.** *Dissert. Berlin 1902.*

L. besitzt selbst die Fähigkeit, mit seinem Kehlkopfe Pfeiftöne hervorzubringen; wie er zu dieser Fähigkeit kam, vermag er nicht anzugeben, jedenfalls aber fiel ihm schon frühzeitig auf, dass ein gewisser Zusammenhang dieser Erscheinung mit der Flüstersprache bestehen müsse, derart, dass das Pfeifen etwa ein verschärftes Flüstern darstellt. Diese Pfeiftöne sind exspiratorisch, und zwar kann L. sie nicht nur bei geöffnetem Munde hervorbringen, sondern, ebenso wie die Gesangstöne, auch bei geschlossenem Munde. Die Klangfarbe des Pfeifens erinnert sehr an die gewöhnlichen Pfeiftöne, doch sind die laryngealen Pfeiftöne bedeutend leiser als die Lippenpfeiftöne. Der Umfang der Pfeiftöne beträgt fast zwei Octaven.

SEIFERT.

96) **Konarshewski. Das Heilserum als therapeutisches und prophylactisches Mittel beim Keuchhusten. (Protiwod. siworotka kek terap. i prof. sredstwo pri kokljusche.)** *R. m. Westnik. 4. 1902.*

Nach K. genügen 1—2, im äussersten Falle 3 Einspritzungen von 1000 Einheiten Heilserum, um den Keuchhusten in zwei Wochen zur Heilung zu bringen oder Krämpfen vorzubeugen.

Bei prophylaktischer Anwendung bleiben Kinder trotz vorheriger Infectionsmöglichkeit vom Keuchhusten verschont.

P. HELLAT.

97) **Stamm. Zur Prophylaxe des Keuchhustens.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 39. 1902.*

S. verlangt, dass beim Transporte keuchhustenkranker Kinder auf der Eisenbahn die Transport- und Isolirungskosten billiger werden unh dass das zu benutzende Coupé leicht zu desinficiren sei.

SCHECH.

98) **Jürgens** (Warschau). **Zur Casuistik der Fremdkörper in den Bronchien.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 9. 1901.*

Während der Klopfmassage der Brust wurden infolge eines ungewöhnlich heftigen Hustenstosses zwei kleine Stücke einer Kalbsrippe ausgehustet, welche der Kranke 2 Monate vorher aspirirt hatte.

SCHECH.

f. Schilddrüse.

99) **Christiani** (Genf). **Einpfropfung und Einsäen von Schilddrüse. (Greffe thyroidienne et ensemencement thyreoidien.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 10. George & Co. Genève 1902.*

Entgegen den Anschauungen, welche hauptsächlich durch M. Schiff's auf diesem Feld grundlegende Arbeiten verbreitet wurden, dass die Ueberpflanzungen durch Schilddrüse durch Atrophirung und Resorption fast immer erfolglos und daher auch für die menschliche Heilkunde unnütz würden, hebt Christiani, der dieses Gebiet schon lange mit erfolgreichem Fleisse bearbeitet, seine eigenen Experimente hervor. Er kommt zu folgenden Ergebnissen: Die Schilddrüse ist eines der Drüsenorgane, welche zu ihrer Function der grössten Blutgefässe bedürfen.



Der Fehler, den man bisher bei der Ueberpflanzung machte, war der, dass man zu grosse Stücke an Stellen einpfropfte, welche keinen für sie genügenden Gefässreichthum liefern konnten. Pflanzt man aber so kleine Schilddrüsenstückchen ein, dass der Gefässreichthum an der betreffenden Körperstelle zu ihrer Erhaltung genügt, so entwickelten sie sich nicht nur vollkommen zu bleibendem Leben, sondern sie erlangten sogar mächtige Hyperplasien. Durch diese sehr einleuchtende Anschauung kam Christ. schliesslich darauf, nur ganz kleine Körnchen Schilddrüsensubstanz an zahlreichen nicht zu benachbarten Stellen des subcutanen Bindegewebes einzupflanzen quasi einzusäen, welche sich bei den Thierversuchen ausgezeichnet erhielten. Er hält diese Methode auch für den Menschen als gegeben und die Schwierigkeit der Ausführung für unbedeutend. Sollte sich dies bewähren, so wäre es ein entschiedener Fortschritt vor dem unaufhörlichen Tablettenschlucken, wenn nicht möglicherweise die durch Hyperplasie der Pfröpfe entstehenden Difformitäten an der Körperoberfläche diese Einsäungsmethode gegenüber der inneren Therapie in Misscredit brächten. (Ref.) JONQUIÈRE.

100) **Roger** und **Garnier. Experimenteller Infantilismus durch Sklerosirung der Schilddrüse. (Infantilisme expérimental par sklérose provoquée de la glande thyroide.)** *Société de Biologie. 27. December 1901.*

Klinik und Experiment sprechen für einen Einfluss der Schilddrüse auf Wachsthum und Entwicklung und heutzutage betrachten wir Infantilismus als Folge von Schilddrüsenstörungen. R. u. G. haben auf diese Weise die Erzeugung eines experimentellen Infantilismus mit Erfolg versucht. Sie injicirten in die Schilddrüsenarterien eines jungen Hundes eine Naphthol-Emulsion und verursachten dadurch eine Sklerose der Schilddrüse und Hemmung des Wachsthums. Beim Vergleichen des Gewichts und der Grösse von zwei jungen Hunden desselben Wurfes stellte sich heraus, dass das injicirte Thier nur 2100 gr wog, während das Controlthier 3300 gr wog. Die Differenz der Körperlänge betrug 4 cm. Das operirte Thier ist heruntergekommen und traurig und erbricht alle anderen Nahrungsmittel als Milch. PAUL RAUGÉ.

101) **Levy** (Stuttgart). **Ueber einen Fall von verschlucktem, in die Schilddrüse eingedrungenen und operativ entfernten Fremdkörper.** *Medic. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 48. 1902.*

Ein 60 jähriger Herr verspürte beim Essen eines gebratenen Huhns plötzlich einen heftigen Schmerz im Halse; die noch am gleichen Abend vorgenommene laryngoskopische Untersuchung ergab nichts Abweichendes. Nach 3 Tagen wurde eine schmerzhafte Anschwellung an der rechten Halsseite constatirt, bei der Operation traf man auf einen Eiterherd im rechten Schilddrüsenlappen, aus welchem ein $2^1/_2$ cm langes Hühnerknöchelchen entfernt wurde. Heilung. SEIFERT.

102) **Variot** und **Pierre. Basedow'sche Krankheit bei einem $4^1/_2$ jährigen Kinde. (Maladie de Basedow chez un enfant de 4 ans $^1/_2$.)** *Société médicale des Hôpitaux. 6. December 1901.*

Der Fall ist interessant durch das jugendliche Alter des Erkrankten. Beginn

der Erkrankung vor 6 Monaten. Der kleine Kranke wurde erheblich durch Schilddrüsenpräparat gebessert. PAUL RAUGÉ.

103) **Schultes** (Illenau). **Zur Antithyreoidinbehandlung der Basedow'schen Krankheit.** *Münch. med. Wochenschr. No. 20. 1902.*

Sch. versuchte das Antithyreoidin, ein nach den Angaben von Möbius von Merck in Darmstadt in den Handel gebrachtes Präparat: das Serum von Schilddrüsen von Hammeln bei einer gemüthsleidenden Kranken mit Morb. Basedowii; diese bekam am ersten Tag 3 Mal 0,5 des Serums, dann jeden Tag um 3 Mal 0,5 steigend bis je 3 Mal 4,5 pro Tag, theils in Xereswein, theils in Himbeersaft; bereits nach 8 Tagen auffallende Besserung der Psychose, Abnahme der Struma, Abnahme der Pulsfrequenz; der Exophthalmus blieb unverändert. SCHECH.

g. Oesophagus.

104) **R. Trzebicky** (Krakau). **Zur Extraction verschluckter Fremdkörper aus Pharynx und Oesophagus.** *Wien. med. Wochenschr. No. 14. 1902.*

Auf Grund von Literaturangaben über üble Zufälle beim Gebrauche des „Münzenfängers“ und auf Grund eigener Beobachtung warnt T. vor dem Münzenfänger im Allgemeinen, besonders aber dann, wenn die Anamnese einen spitzen, scharfkantigen Fremdkörper vermuten lässt — für das Gros der Fälle empfiehlt T. die Zangenextraction unter Fingercontrolle für hochsitzende Fremdkörper, sonst aber die Oesophagotomie — die Oesophagoskopie hält der Autor wegen Schwierigkeiten der Ausführung nur selten für anwendbar. CHIARI.

105) **Pieniazek. Bemerkungen über die Extraction der Fremdkörper aus der Speiseröhre.** *Wien. med. Wochenschr. No. 14. 1902.*

P. betont, dass öfters Verletzungen den vorgenommenen Eingriffen zugeschrieben werden, die jedoch vom Fremdkörper selbst hervorgerufen wurden, dass weiters nicht nur der Münzenfänger, sondern jedes Instrument zur Extraction von Fremdkörpern aus dem Oesophagus gewisse Gefahren bedingt, auch die ösophagoskopische Methode. CHIARI.

106) **L. Winternitz** (Wien). **Zur Frage der Entfernung der Fremdkörper aus der Speiseröhre.** *Wien. med. Wochenschr. No. 15. 1902.*

Anknüpfend an einen 1899 publicirten Fall, in welchem es dem Autor gelang, einen Reineclaudenkern durch Einführung des weichen Magenschlauches und Wasserirrigation aus dem unteren Abschnitte der Speiseröhre zu entfernen, erinnert W. nun an dies milde, unblutige Verfahren und giebt diesbezüglich einige Erläuterungeu, die sich auf das Einführen, Eingiessen und die Spülflüssigkeit beziehen. CHIARI.

107) **Joh. Aug. Killian** (Worms). **Acuter Verschluss der Speiseröhre bei einem 5jährigen Kinde.** *Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1902.*

In der durch eine Aetzstrictur verrengten Speiseröhre blieb ein Stück Kalbfleisch stecken, das nicht nur mittelst Oesophagoskop entdeckt, sondern auch extra-

hirt wurde und zwar, da es mittelst Haken nicht gelang, mit der Zange allmälig und stückweise; die Aetzstrictur war sehr unbedeutend, denn das Oesophagoskop von 9mm Durchmesser ging gut hindurch; die Manipulation musste wegen Ungeberdigkeit des Kindes in Narkose geschehen. K. empfiehlt bestens für alle Fremdkörper die Oesophagoskopie.

SCHECH.

108) **L. Teleky** (Wien). **Carcinoma oesophagi und Narbenstricturen.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 17. Januar 1902.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 4. 1902.*

Demonstration eines Präparates von Carcinom, das sich bei einem 22jährig. Manne auf dem Grunde einer Verätzungsnarbe entwickelte.

Demonstration dreier Fälle von Narbenstricturen des Oesophagus, die mit Thiosinamin (drei Theilstriche einer 15 pCt. alkohol. Lösung unter die Rückenhaut injicirt) erfolgreich behandelt wurden.

Thiosinamin wirkt auf alle Narben, günstig auf consolidirte, ungünstig auf frischere — Contraindicationen sind: Bestehen anderer frischer Narben, nicht vollkommen verheilter tuberculöser Process oder irgend welche Entzündungsherde.

CHIARI.

109) **L. Teleky** (Wien). **Beiträge zur mechanischen und medicamentösen (Thiosinamin-)Behandlung der narbigen Speiseröhrenverengerungen.** (Nach einer Demonstration in der Sitzung vom 17. Januar 1902 der k. k. Gesellschaft der Aerzte.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 8. 1902.*

T. constatirte eine unleugbare und intensive Einwirkung des Thiosinamins auf Narbengewebe; während jedoch alte consolidirte Narben gelockert, erweicht, dehnbar gemacht wurden, werden jüngere Narben anfangs wohl gelockert, später jedoch zum Anschwellen gebracht, sodass sie selbst bei geringen Thiosinamindosen aufbrechen.

CHIARI.

110) **Rosenheim. Die idiopathische Speiseröhrenerweiterung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 9. 1902.*

Häufig bei jungen Leuten; den Anfang der Krankheit bilden Atonie des Oesophagus und Cardiospasmus, woran sich dann allmälig die inoperable Erweiterung anschliesst. Die Beschwerden ähneln denjenigen bei Magenleiden. Die Diagnose wird mit der Sonde gestellt, wenn sich schon, ehe diese die Cardia passirt haben kann, Speisereste entleeren und neuerdings nach Eindringen in den Magen Speisebrei mit den Zeichen der Magenverdauung herausbefördert wird; meist ist die Sonde auffallend leicht beweglich, zuweilen wird zur Diagnose Oesophagoskopie nöthig.

SCHECH.

111) **Starck. Ueber eine seltene Form von Oesophagusdivertikel mit Demonstration.** *Münch. med. Wochenschr. No. 23 u. 24. 1901.*

Nach einem Selbstmordversuch mittelst Salzsäure verengte sich der Oesophagus immer mehr, so dass die Oesophagotomie gemacht werden musste. Durch allmälige Dilatation trat Besserung ein, seit 1898 traten typische Divertikelsymptome auf, wesshalb die Operation vorgeschlagen wurde. Es ergab sich, dass in der Höhe

des unteren Ringknorpelrandes eine quer verlaufende narbige Falte den Oesophagus verengte, hinter derselben fand sich die leicht dehnbare divertikelartige Schleimhautvorstülpung, dieselbe wurde nach dem Girard'schen Verfahren invaginirt, die narbige Falte längsdurchtrennt und nach Art der Mikulicz'schen Pyloroplastik behandelt. SCHECH.

112) **Wette** (Weimar). **Ein Fall von Oesophagusdivertikel.** *Corresp.-Blätter d. allgem. ärztl. Vereins v. Thüringen. 10. 1902.*

Mann von 57 Jahren, der von Jugend an immer etwas langsamer essen musste als seine Angehörigen, klagte über vollständiges Unvermögen zu schlucken nach einer Mittagsmahlzeit. Sonden blieben ungefähr am unteren Kehlkopfrande stecken. Oesophagotomie, Spaltung des Divertikels, in welchen sich ein Stück Fleisch eingeklemmt hatte. SEIFERT.

113) **Kelling** (Dresden). **Ueber Oesophagoskopie, Gastroskopie und Kölioskopie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1902.*

Eine sichere Diagnose der Oesophaguskrankheiten kann nur mittelst Oesophagoskopie gestellt werden; bei Fremdkörpern kann sie durch Nichts ersetzt werden, sie ist lebensrettend. Aehnlich steht es mit der Gastroskopie, wodurch viele Laparotomien erspart werden könnten. Kelling zieht bewegliche Röhren, die gerade gestreckt werden können, den starren vor. An dem Gastroskop hat K. bedeutende Verbesserungen angebracht. Die Kölioskopie ist eine neue von K. erfundene Methode, über die ausführliche Publicationen später erscheinen werden. SCHECH.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) H. v. Schrötter. Bemerkungen über die Bedeutung eines systematischen Studiums des Skleroms. Mit einer Kartenskizze im Text. (Aus der III. med. Universitätsklinik von Hofrath L. v. Schrötter in Wien.) Verlag von Gustav Fischer, Jena. 1901.

Diese pathologisch-anatomisch wohl charakterisirte parasitäre Erkrankung bedarf wenigstens für gewisse Theile von Europa steter Beachtung und Ueberwachung.

Wenngleich wir berechtigt sind, die Rhinosklerombacillen und die Friedländer'schen Bacillen als analog und graduell verschieden in ihrem Verhalten ausserhalb des Thierkörpers zu bezeichnen, so dürfen wir sie aber doch nicht als identisch in Bezug auf den Effect auf diesen ansehen.

Es wird sich empfehlen, Eitererreger mit dem Sklerombacillus gemeinsam zu cultiviren und mit dem so modificirten Sklerombacillen Impfversuche vorzunehmen, Studien die Erzeugung immunisirender Sera betreffend aufzunehmen und die Beziehungen des Skleroms zur Ozäna und anderen Krankheitsprocessen zu klären. So findet sich neben demselben Tuberculose oder eine wahre Combination bei den

Erkrankungen. Auf dem Boden einer skleromatösen Veränderung kann sich auch einmal ein Carcinom entwickeln.

Wenngleich es auch eine Chorditis vocalis inferior symptomatica, non scleromatosa giebt, wie z. B. bei Katarrhen, Tuberculose u. s. w., so sind doch gemeinhin die Chorditis inferior hypertrophica und Sklerom adäquat, Veränderungen gleicher Dignität.

Die sehr umfangreichen Nachforschungen v. Sch. haben das Resultat gezeitigt, dass eine Verschleppung der Krankheit aus gewissen Centren statthat, dass sie aber ein über fast ganz Europa, wenn auch vielfach nur sporadisch verbreitetes Uebel, darstellt.

Die Uebertragung des Leidens, das sich in Steiermark relativ häufig findet, erfolgt höchstwahrscheinlich auf dem Wege der Respiration durch Sputum, Mund- und Nasensekrete.

In Wien sind zwar die meisten Skleromfälle eingewandert, aber es ist dieses Leiden daselbst bereits, wenn auch sporadisch, vorhanden. Ebenso ist für andere Grossstädte die Verschleppungsgefahr der Krankheit zu beachten, so finden sich Fälle in Krakau, Prag, Budapest; ferner in Russland, einigen Universitätsstädten Deutschlands und Italiens; spärlich in London und Paris. Es handelt sich hier also um eine Frage von socialem Interesse.

Man wird sein Augenmerk zu richten haben auf die geographischen und statistischen Verhältnisse, auf die geologisch-klimatologische Beschaffenheit der befallenen Gegenden, auf Nationalität, Alter und Geschlecht der Kranken, auf etwaige Einflüsse des Grundwasserstandes, des Trinkwassers, der Nahrung, der Wohn- und Bekleidungsverhältnisse, Beschäftigung und Umgang mit Thieren.

Vorwiegend findet sich das Leiden bei der slavischen Rasse; wenn auch das mittlere Lebensalter bevorzugt ist, so erkranken auch Kinder daran; das Geschlecht scheint keine Rolle zu spielen. Zu berücksichtigen sind die Familien- und Erwerbsverhältnisse; wichtig für die Entstehung ungünstige hygienische Bedingungen.

Die Feststellung der Geburts-, Wohnungs- und Wanderungsverhältnisse wird uns Aufklärung bringen über die äusseren Modalitäten der Infection.

Wir müssen unser Augenmerk der Prophylaxe zuwenden, eine sanitätspolizeiliche Ueberwachung der skleromatösen Kranken fordern und sie unter genauer Controle halten; zweckmässig wäre die Führung des Skleroms in einer ständigen Rubrik der staatlichen Statistik der Infectionskrankheiten, sowie des Sanitätsberichts der grossen Städte. A. Rosenberg.

b) A. Schönemann, **Beitrag zur Kenntniss der Muschelbildung und des Muschelwachsthums.** Merkel-Bonnet, Anatomische Hefte. Heft 58. 1901.

Der Verf. leitet seine Abhandlung mit einer Darstellung der allgemeinen Entwicklungsverhältnisse der Nase an der Hand von Angaben aus der einschlägigen Literatur ein. Seine eigenen Untersuchungen hat er an Embryonen von Kaninchen, Katze, Rind, Ratte und Mensch angestellt. Für die Entwicklungsperiode von der Anlage des Riechorgans als einfaches Riechfeld bis zu dem Stadium, wo sich die Hauptanlagen für alle Muscheln ausgebildet vorfinden,



kommt er zu folgenden Resultaten: Auf dem Stadium der primitiven Nasenhöhle beginnt sich der Muschelapparat in der Weise anzulegen, dass die laterale Wand vom Lumen der Nasenhöhle aus durch einwachsende Epithelleisten resp. spaltförmige epitheliale Taschen fissurirt wird. Auch in die mediale Wand wächst ein Kanal ein: das Jacobson'sche Organ. Es bleibt aber bei dieser einen medialen Anlage. Die Spalten der seitlichen Nasenwand bilden in ihrer Gesammtheit ein System unter sich zusammenhängender Furchen, zwischen denen einwärtsragende Theile der Wandung stehen bleiben. Die letzteren sind die primordialen inneren Nasenwulste oder Muscheln. Es handelt sich um 3 Hauptfelder oder Wülste: den Maxilloturbinal —, den Nasoturbinal — und den Basoturbinalbezirk. Die betreffenden Fissuren sind: die obere und die untere Legal'sche Furche und die Fissura ethmoidalis lat. Durch weiteres Eindringen von Spalten und Kanälen, die von den Hauptfissuren ihren Ausgang nehmen, erhält sodann die so in einfachster Weise gegliederte Seitenwand der Nasenhöhle eine complicirtere Modellirung. Letztere Vorgänge erfolgen auf einer Entwicklungsstufe, die unmittelbar auf die Bildung der Hauptfissuren folgt. Schon auf dieser frühen Stufe zeigt es sich, dass zwischen den Vorgängen, welche zur Muschelbildung und denjenigen, welche zur Bildung von Nebenhöhlen der Nase führen, ein enger Zusammenhang besteht.

Der zweite Theil der Schönemann'schen Arbeit beschäftigt sich mit Ermittelungen über die gestaltenden Ursachen bei der Modellirung der Nasenwand. Die interessanten Betrachtungen des Verfassers lassen sich bei der Complicirtheit des Problems nicht im Rahmen eines kurzen Referats wiedergeben und muss für sie auf das Original verwiesen werden. Zum Schluss geht der Verfasser noch in Kürze und ohne seine bisherigen Resultate als abschliessende zu betrachten, auf die weiteren Entwicklungsverhältnisse der Nasenmuscheln ein. R. Semon.

c) **Robert Krieg. Atlas der Nasenkrankheiten.** Stuttgart, Enke. 1901.
P. H. Gerber. Atlas der Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes. Berlin, Karger. 1902.

Krieg beginnt die Vorrede zu seinem neuen Atlas der Nasenkrankheiten mit den Worten: „Die Grundfrage, ob gute Bilderwerke in der Medicin überhaupt Werth haben oder nicht, kann füglich unerörtert bleiben, sie ist von maassgebender Seite längst bejaht". Die Frage hat hier eine etwas eigenartige Fassung erhalten, so dass auch ich nicht anstehen möchte, trotz meiner oft ausgesprochenen Zweifel über die Bedeutung und den Nutzen der Atlanten, sie in der vorliegenden Form zu bejahen. — Ganz auseinander zu halten sind für diese Frage meines Erachtens die Atlanten für Anatomie und ähnliche Fächer und die Atlanten für die klinischen Gebiete; aber auch die Anatomen behaupten, dass Niemand aus einem noch so guten Atlas Anatomie lernen könne und unsere Universitätbehörden schreiben jedem Studirenden das praktische Arbeiten im Secirsaal vor.

Noch weniger als in der Anatomie können auch die vortrefflichsten Atlanten in den klinischen Fächern die eigene Erfahrung ersetzen, selbst die ausgezeichnetsten Abbildungen werden in Farbe und Form nie das lebende Object so wiedergeben können, wie der Beschauer es erfassen soll. In einem zufälligen Gespräch

mit einem hiesigen namhaften Dermatologen erzählte mir derselbe, dass es ihm nicht gelungen sei, lediglich aus den Abbildungen in dem so vorzüglich gezeichneten Atlas der Hautkrankheiten von Hebra, dessen Bilder zum Theil von der Meisterhand Elfinger's gemalt sind, auch nur bei der Hälfte der Fälle die Diagnose zu stellen. —

Trotzdem ist zu allen Zeiten der Medicin auf die Herstellung von Bildwerken Gewicht gelegt worden. Die wörtliche Beschreibung des Falles gewinnt durch eine Abbildung an Verständlichkeit und zweitens strebten erfahrene Aerzte danach, ihre Erfahrungen für sich selbst und für ihre Schüler durch Erinnerungsbilder lebendig zu erhalten.

In gegenwärtiger Zeit scheint das Bedürfmiss nach bildlichen Darstellungen ein ganz besonders reges zu sein. Es kann nicht Zufall sein, wenn jetzt auf den verschiedensten Gebieten der klinischen Medicin neue Bilderwerke herausgegeben werden. Ganz besonders die medicinischen Specialgebiete erweisen sich in dieser Hinsicht fruchtbar. Der Grund mag zum Theil darin liegen, dass wir nach einer Periode des Fortschrittes sondergleichen in der Geschichte der Medicin das Bedürfniss ganz besonders fühlen, das Erworbene zu registriren und zusammengestellt dem ärztlichen Publicum zu überliefern. In den Kreis der Disciplinen, deren Inhalt in neuester Zeit in vortrefflichen Atlanten dargestellt wird, ist nun auch die Rhinologie getreten — vor uns liegen zwei Atlanten von Krieg und von Gerber, auf die jede Disciplin stolz sein könnte.

Robert Krieg war ganz besonders berufen, den ersten Atlas der Nasenkrankheiten herauszugeben, ist er es doch, dem wir die erste bildliche Darstellung des vorderen rhinoskopischen Bildes überhaupt verdanken. Zu seiner Aufgabe bringt er ferner mit eine grosse klinische Erfahrung, ein durch langjährige künstlerische Uebung geschultes Auge und eine kunstgeübte Hand. So stellen sich seine Bilder dar als naturgetreue Nachbildungen selbst erlebter und selbst gesehener Fälle. Sie sind sämmtlich von ihm selbst gezeichnet und gemalt, „individuelle Porträts", dem Leben nachgezeichnete und nachgemalte Einzelfälle. Krieg beschränkt sich im Wesentlichen auf die Affectionen der inneren Nase — die äussere Nase wird nur ausnahmsweise berücksichtigt — seine reiche Erfahrung gestattet ihm seinem Ideal „alle Nasenkrankheiten" aus seinen eigenen Fällen abzubilden, möglichst nahe zu kommen und die ihm besonders wichtig und interessant erscheinenden Affectionen in grosser Mannigfaltigkeit vorzuführen.

Der Text besteht im Wesentlichen aus den kurz gefassten Krankengeschichten der abgebildeten Fälle, am Schlusse der verschiedenen Abschnitte werden allgemeinere zusammenfassende Bemerkungen angefügt. Dem Texte ist eine englische Uebersetzung aus der Feder von Alphonse Roman beigegeben. Ich muss allerdings sagen, dass die Beigabe des englischen Textes bei der Benutzung recht störend wirkt — es sind buchhändlerische Rücksichten dabei maassgebend gewesen, denen sich der Autor fügen muss, und vielleicht verdanken wir der dadurch geschaffenen Vergrösserung des Marktes überhaupt nur die Herausgabe des vortrefflichen Werkes — also —.

Was nun die Abbildungen betrifft, so ist zuerst wiederum die eigenthümliche Farbe hervorzuheben, der mehr Blau und Grau beigemengt ist, als wir

gemeinhin zu sehen gewöhnt sind. Krieg, der dies selbst empfindet und durch verschiedene Besprechungen seines Kehlkopfatlas darauf aufmerksam gemacht ist, sucht das durch die von ihm angewendeten Beleuchtungsarten (Drummond'sches Kalklicht, Auerlicht und electrisches Bogenlampenlicht) zu erklären. Es genügt das aber für viele Abbildungen nicht — Ref. hat mit denselben Lichtquellen ab und zu untersucht und die Farben doch meist anders gesehen — er glaubt, dass es wohl an einer Eigenthümlichkeit der Krieg'schen Augen liegen müsse, wenn auch nicht von der Hand gewiesen kann, dass ein Theil der eigenthümlichen Schattengebung dem Lithographen zur Last fallen mag. Wenn man sich aber in das Studium der Tafeln im einzelnen vertieft, so vergisst man bald diese Eigenart des Künstlers und erfreut sich an der Lebenswahrheit und Individualität der Wiedergabe. — Einen kleinen Mangel möchte ich noch hervorheben, der die Bilder des Nasenrachenraumes betrifft — das Tubenostium, namentlich der Tubenwulst ist etwas schematisch und wohl in den meisten Fällen nicht der Natur entsprechend gezeichnet; es ist das ein geringer Tadel, den ich aber gerade gegenüber den grossen Vorzügen der Bilder des Nasenrachenraumes nicht unterdrücken möchte. Gute Abbildungen des Nasenrachenraumes fehlen uns eigentlich gänzlich und ich rechne die in dem Krieg'schen Atlas immerhin zu den besten, die wir besitzen.

Auf den überaus reichen Inhalt des Krieg'schen Atlas im einzelnen einzugehen, verbietet der Raum dieser Zeitschrift, es sei nur eine kurze Inhaltsangabe gestattet, aus der ich einiges besonders Bemerkenswerthes hervorheben werde. Tafel 1 und 2 bringt Bilder von Dermoidgeschwülsten und Fisteln des Nasenrückens. Tafel 3 Bilder der normalen Nase von vorn und von hinten, Verengerungen, Knochenblasen und besonders bemerkenswerth ein Bild eines Falles von knöcherner Choanalatresie, welchen Kr. für angeboren hält. Es folgen nun fünf Tafeln (4—8), auf denen Kr. mit grosser, vielleicht für den Rahmen des Werkes etwas zu grosser Gründlichkeit die Difformitäten der Nasenscheidewand behandelt. Er führt uns die einzelnen Arten der Difformitäten sowohl in schematischen Skizzen als auch in mannigfachen gut illustrirten Kranken- und Operationgeschichten vor. Tafel 9 und 10 beschäftigen sich mit den „Krankheiten des Naseneinganges“, unter welcher Ueberschrift merkwürdigerweise neben dem Eczem und der Folliculitis auch einige ganz abseits liegende Dinge wie Papilloma septi, harte Warze, Rhinolith und aberrirter Zahn untergebracht sind. Auf Tafel 11—13 fasst Kr. unter dem Titel „Traumen und ihre Folgen“ die Fracturen und Luxationen, Haematome und Abscesse, Synechien und Verwachsungen zusammen. Die vor unnützen, und ohne vorher klarem Operationsplan unternommenen, Eingriffen warnenden Worte der Schlussbemerkung zu diesem Abschnitt sind sehr beherzigenswerth. Tafel 14—37 tragen die Ueberschrift „Erkrankungen der Schleimhäute der Nasenhöhle“ und bilden somit den Hauptinhalt des Atlas. Die verschiedenen Formen der acuten Rhinitis sind kurz aber ausreichend behandelt, die chronische Rhinitis findet ausführliche Darstellung. Bemerkenswerth ist, dass Krieg als Unterabtheilungen der chronischen Rhinitis die „papilläre Muschelhypertrophie“ und die „polypöse Muschelhypertrophie (Schleimpolyp)“ behandelt. — Damit entfällt für ihn das Capitel gutartige Geschwülste der Nase vollständig. Unter den einzelnen

Fällen möchte ich auf Fig. 2, Tafel 16, eine junge Polypenbildung an und neben der unteren Muschel aufmerksam machen. Kr. möchte den Fall als Beweis dafür gelten lassen, „dass die ödematöse Beschaffenbeit des Schleimpolypen an und für sich nicht eine Folge zu sein braucht von mechanischer Stauung durch Einschnürung der Geschwulstbasis“. Dass auch in diesem Falle eine Stauung stattgefunden haben kann, wird wohl Krieg nicht bestreiten wollen; dass eine Einschnürung der Geschwulstbasis als nothwendige Vorbedingung einer solchen vorhanden sein müsse, ist wohl kaum irgendwo behauptet worden. Auch die Figuren 6 und 7 auf der folgenden Tafel sind interessante Beispiele von im Entstehen begriffenen Polypen. Fall 2, 3 und 4 auf Tafel 20 zeigen seltene Beispiele von Polypenbildung am Septum. Das perforirende Septumgeschwür, von dem er interessante Beispiele beibringt, die Epistaxis und den blutenden Septumpolypen hält Krieg für Ausgangsformen der trocknen Rhinitis; eine Auffassung, der sich wohl nicht allzu viele der Fachgenossen anschliessen dürften. Tafel 23 zeigt interessante Veränderungen der Nase Epistaxis (Figur 9), die folgende Tafel Beispiele von blutendem Septumpolyp: bemerkenswerth erscheint mir hierbei, dass K. bei der Behandlung desselben ganz besonders sich der Galvanokaustik bedient hat. Der Tuberculose sind die Tafeln 25—28 gewidmet, die verschiedenen Formen dieser Krankheit in guten Beispielen illustrirend; verhältnissmässig reichlich, aber wohl dem Vorkommen entsprechend, ist darunter der Lupus berücksichtigt worden. Recht knapp — namentlich was die so sehr häufigen Erkrankungen des Nasenrachenraumes und die Ausgangsformen (Verwachsungen, Perforationen, Formveränderungen) betrifft — ist die Syphilis behandelt; ich möchte fast vermuthen, dass im Schwabenlande, in dem Kr. practicirt, diese Erkrankung weniger häufig sei, als in anderen Gegenden Deutschlands. Tafel 35—37 bringen Beispiele von bösartigen Geschwülsten. Hervorgehoben muss werden, dass Krieg bei einigen derselben und mit gutem Erfolge eine endonasale Exstirpation versucht hat. — Die letzte Tafel 38 bringt Abbildungen von Nebenhöhlenerkrankungen, etwas knapp, so dass der stetig wachsenden Bedeutuug dieser Affectionen nicht ganz Genüge gethan ist, immerhin sind recht lehrreich die Abbildungen der verschiedenen Eiterstellen und der Polypenbildungen im Sin. maxill. (Fig. 4) und sphenoid. (Fig. 9).

Etwa gleichzeitig, nur um weniges später erschien nun der Atlas von Paul Gerber, in der Anlage und im Umfange dem Werke von Krieg ausserordentlich ähnlich. Trotzdem weicht er in sehr wesentlichen Punkten von der Krieg'schen Arbeit ab, für den Specialisten eine ausgezeichnete Ergänzung derselben bietend. Während Krieg ausschliesslich sein eigenes Material benutzt und aus der Fülle der eigenen Praxis heraus gemalt und geschrieben hat, eben das reicher ausgestaltend, was seine Praxis ihm am häufigsten bot und das weniger ausführlich oder vielleicht garnicht erwähnend, was er selbst wenig oder nicht gesehen, so stellte sich der Universitätslehrer Gerber die Aufgabe, die Krankheiten der Nase in möglichster Vollständigkeit darzustellen, wo die eigene Erfahrung ihm nicht genügend Material bot, die Hülfe der Literatur und der Collegen, die ihm ihre unveröffentlichten Fälle zur Verfügung stellten, in Anspruch nehmend. So finden sich in dem Gerber'schen Atlas noch nicht publicirte Fälle von v. Eiselsberg,

v. Mikulicz, Kaposi, Lassar, Schroetter sen. und jun., Hofmann, Michael und dem Referenten eben da dargestellt, wo die Erfahrung Gerber's ihm eigene Fälle entweder nicht oder doch nicht in so prägnanten Beispielen bot. Während Krieg das Hauptgewicht auf die eigentlich „rhinoskopischen" Erkrankungen legt, beschäftigt sich Gerber mit grösserer Ausführlichkeit mit den schweren pathologischen Processen — Tuberculose, Syphilis, Lepra, Sclerom, Tumoren etc. — resp. mit deren Erscheinungsformen in und an der Nase. Dadurch ist er dahin gekommen, auch reichlicher die äussere Nase in das Gebiet der Darstellung zu ziehen. Ref. glaubt, dass G. in dieser Hinsicht etwas zu weit gegangen ist; ein Theil der Abbildungen der äusseren Nase in den Capiteln Tuberculose, Syphilis etc. interessirte jedenfalls mehr den Dermatologen und den Chirurgen, als den Rhinologen, ohne jenen vollständig zu genügen. — Der didactische Zweck des Gerber'schen Atlas findet sich ganz wesentlich ausgedrückt durch die überaus zahlreichen schwarzen Diagramme, die in den Text gedruckt, die Abbildungen zu erklären streben. — Gerber ist nicht Maler, musste sich also zur Herstellung seiner Bilder fremder Hülfe bedienen; ein Theil der Abbildungen ist von dem altberühmten Königsberger Künstler Braune, weitere Bilder von Frl. Gertrud Burdach in Königsberg, Landsberg in Berlin und Anderla in Wien gemalt. Die Farbe der Bilder entspricht im Ganzen mehr dem gewohnten und, wie Verf. glaubt, auch natürlichem Tone. In der technischen Herstellung des Druckes hat die junge Verlagshandlung während des Erscheinens des Werkes erhebliche Fortschritte gemacht; während die Abbildungen der ersten Lieferungen etwas Steifes, Unbeholfenes und manchmal nichts Natürliches haben, werden die der späteren Lieferungen immer frischer, natürlicher und lebenswahrer. Ganz besonders hervorheben möchte ich die Abbildungen des Nasenrachenraumes, die in Farbe und Form ganz vorzüglich sind. Der Text ist kurz und knapp, da er zum Theil den Angaben verschiedener Autoren entstammt, hie und da etwas ungleich, fast immer aber zum Verständniss der Abbildungen durchaus hinreichend.

Tafel 1 bringt die Bilder der normalen Nase nebst den anatomischen Varietäten, Tafel 2 und zum Theil auch 3 die Difformitäten des Septums; auf letzterer Tafel finden sich schon Bilder des Nasenrachenraumes, unter denen auf Figur 4 starke hintere Septumspina und deutlicher Recessus medius besonders hinzuweisen wäre. Tafel 4 zeigt Verwachsungen und Verengerungen der Choanen und der Nasengänge. Sehr bemerkenswerth ist der Fall Figur 4 „Atresie" der Choanen durch seitliche knöcherne Coulissenbildung bei einem 35jährigen Manne. Auffallender Weise braucht G. hier wie auch anders das Wort Atresia für Verengerung, während es gewöhnlich der sprachlichen Ableitung entsprechend (α-τρῆσις) für vollständige Verschliessung angewendet wird. Tafel 5 giebt die speciellen Erkrankungen des Septums, erweiterte, Blutungen erzeugende Gefässe, Ulcus septi und namentlich einige schwere Fälle von Septumabscess. Unter den auf Tafel 6 abgebildeten Entzündungsformen ist besonders auf Figur 9 „Epipharyngitis fibrinosa" mit Diphtheriebacillen bei einer im Uebrigen freien Nase bei einem 22jähr. Mädchen hingewiesen. Ausführlich behandeln Tafel 9 und 10 die Rhinitis hypertrophica, der Gerber die papillären Hypertrophien hinzurechnet. Da er später

bei der Darstellung der Geschwülste der Nase die Papillome noch einmal erwähnen muss, entsteht dadurch eine Trennung der zusammengehörigen Fälle, die gewiss von Manchem unliebsam empfunden wird. Da aber für die meisten Rhinologen die Lehre von den Nasengeschwülsten noch nicht vollständig in der Lehre von der Rhinitis hypertrophica aufgeht, so lassen sich solche kleine Unzuträglichkeiten nicht vermeiden. Die Hypertrophie der Rachenmandel (Tafel 11—13) ist durch eine Reihe ganz vortrefflicher Abbildungen illustrirt, welche die verschiedenen Formen derselben wiedergeben. Sehr lehrreich und gewiss in ähnlicher Weise nicht häufig gesehen ist Figur 1, eine hypertrophische Rachenmandel in situ durch einen Gaumenspalt zeigend. Dass G. auf Tafel 13 die anatomischen Abbildungen einer hypertrophischen Rachenmandel von Castex und Lacour wiedergiebt, werden ihm viele Leser dankbar sein. An Stelle der Figur 6 (Tafel 3), die den adenoiden Typus darstellen soll, würde sich wohl unschwer ein charakteristischeres Bild finden lassen. Tafel 14—16 bringen Abbildungen von Nasenpolypen, unter denen ich besonders auf die Fälle von retronasalen Polypen (Tafel 16) hinweisen will.

Die beiden Fälle von Auftreibung der äusseren Nase bei Polypen, die Gerber abbildet, lassen es mir zweifelhaft erscheinen, ob es sich wirklich um eine Auseinanderdrängung des knöchernen Gerüstes handelt, wie in den von mir, Voltolini u. A. beschriebenen seltenen Fällen. Bei der Darstellung der übrigen Geschwülste, welche dem Programme Gerber's gemäss breit und vollständig angelegt ist, war G. verhältnissmässig häufig gezwungen, über seine eigene Erfahrung hinaus die Hülfe der Literatur resp. befreundeter Collegen in Anspruch zu nehmen. So finden wir denn ganz besonders bemerkenswerthe Fälle von Nasenrachenfibrom aus der Praxis von Michael und v. Schroetter, Papillome von Büngner, von Jurasz, Sendziak und Heymann, Melanom von Michael, Sarcom von Heymann, Lipom (ein Unicum) von Gumperz und Aehnliches mehr, denen auserlesene Fälle der Gerber'schen Erfahrung (mich interessirt namentlich Tafel 17, Figur 9, ein Nasenrachenfibrom mit der Umgebung strangförmige Verwachsungen zeigend, Tafel 19, Figur 3, Sarcom im vorderen Theile der Nase u. a.) an die Seite treten. Auch die Abbildungen von Zerstörungen der Nase durch Lupus und Carcinom, die uns besonders Tafel 20 bringt, trifft der im Beginn erhobene Einwand zu, dass diese Veränderungen des Gesichtes doch wohl etwas über das Interesse des Rhinologen hinaus gehen; charakteristisch ist, dass dieselben aus chirurgischen oder dermatologischen Kliniken (v. Mikulicz, v. Eiselsberg, Lassar), nicht aus der Erfahrung Gerber's oder eines anderen Rhinologen herstammen. Die Erkrankungen der Nebenhöhlen (Tafel 22—27) sind in dankenswerther Ausführlichkeit berücksichtigt und hat G. hierbei auch anatomische Abbildungen (Tafel 25) wiedergegeben, um Geschwülste der Nebenhöhlen zu zeigen, für welche charakteristische Bilder nach Lebenden nicht vorhanden sind. Unter den Darstellungen der Tuberculose dürften die beiden Fälle dieser Affection im Nasenrachenraume (Tafel 28, Figur 3 und 4) das besondere Interesse der Specialisten erregen. Mit der Syphilis der Nase und des Nasenrachenraumes hat sich G. zu wiederholten Malen literarisch beschäftigt, er erschöpft daher auch hier das Gebiet durch lehrreiche und be-

zeichnende Darstellungen; dass er seine Abbildungen der typischen Veränderungen der Nasenform bei Spätlues wiederholt und durch einige neue ergänzt (Tafel 35), wird ihm der Leser nur Dank wissen. Tafel 36 und 37 bringt die Erfahrungen Gerber's über Lepra und Sklerom, bei der Unbekanntheit dieser Affectionen im übrigen Deutschland, eine dankenswerthe Aufgabe. Dann folgen 2 Tafeln, den Naseneingang und die äussere Nase betreffend, endlich angeborene Anomalien und Ergänzungen.

In keiner Bibliothek eines Specialisten, namentlich in keiner eines Lehrers der Specialität werden die beiden Atlanten, die sich gegenwärtig trefflich ergänzen, fehlen dürfen; ihre Verwendbarkeit beim Unterricht hat Referent schon mehrfach erproben können. P. Heymann.

d) Prof. **L. N. Nicolai. Oto-Rino-Laringoskopia ed Esofagoskopia. Anatomio topograpia e metodi di esame del naso, faringe, orecchio ed esofago.** Atlante di 90 tavolo con 577 figure. U. Toepli Milans. 1903.

Der Nicolai'sche Atlas beabsichtigt nur die normale topographische Anatomie von Nase und Hals incl. Speiseröhre, sowie eine bildliche Darstellung aller der Methoden zu geben, die zur Untersuchung dieser Organe angewendet werden. Er bemüht sich möglichst ausführlich und möglichst vollständig zu sein und hat auf die Erreichung dieses Zweckes einen mehr als gewöhnlichen Fleiss aufgewendet. Ein Theil der Abbildungen entspricht sicher dieser Absicht und ist recht zweckdienlich; in dem Bestreben, recht vollständig zu sein, bringt der Autor aber auch eine Anzahl Abbildungen, besonders der technischen Maassnahmen, die selbstverständliche Dinge illustriren und daher besser fortgeblieben wären.

Die anatomischen Abbildungen sind theils nach eigenen Präparaten des Autors gezeichnet, theils mit guter Kenntniss und gutem Geschmack aus der Literatur entlehnt; die sich dem modernen Darstellungsstyl anlehnende Technik der Ausführung leistet bei näherer Betrachtung häufig nicht ganz das Erwünschte, während sie bei flüchtigem Ansehen etwas sehr gefälliges und elastisches hat.

Der Preis des Atlas ist in Rücksicht auf den grossen Umfang sehr billig, trotzdem dürfte seiner Verbreitung entgegenstehen, dass er keinem wirklichen Bedürfnisse zu entsprechen scheint. Für die Anatomie existiren eine ganze Zahl brauchbarer Bildwerke, und Technik wird man nie aus Abbildungen verstehen, geschweige denn ausüben lernen. P. Heymann.

e) Dunbar (Hamburg). **Zur Ursache und specifischen Heilung des Heufiebers.** München und Berlin. Verlag von R. Oldenbourg. 1903.

Dem Verfasser ist es gelungen nachzuweisen, dass wirklich die Pollen der Gramineen die erregende Ursache beim Heufieber sind und zwar die ganz im Innern der Pollen gelegenen Stärkekörner. Auch ausserhalb der Heufieberzeit vermochte er bei disponirten Personen mit dem Inhalt der Pollen, wenn diese zerrieben waren, mit aller Sicherheit die Symptome des Heufiebers zu erzeugen.

Wenn diese Stärkekörner durch Auflösung der frischen Pollen in Aether und späterer Fällung in Alcohol zum Niederschlag gebracht waren, so lösten selbst

geringe Mengen desselben sehr heftige Symptome aus. Besonders leicht löst sich aber das Gift und auch die Pollen im Nasenschleim, im Speichel und Blutserum bei Körpertemperatur.

Der Heufiebererreger ist darnach ein lösliches Gift. Dieses Gift löst in Nasen und Augen gebracht bei den disponirten Personen sofort heftiges Thränen, Niesen, Jucken, Verschluss der Nase und allgemeines Krankheitsgefühl aus.

Subcutan am Arm eines heufieberkranken Arztes injicirt, erzeugte es Schwindel, heftiges Niesen und starken Hustenreiz, rauhes kratzendes Gefühl in den Luftwegen, starken Schnupfen, Thränen der Augen, Spannung nach den Ohren, schliesslich Heiserkeit, Brustschmerzen nnd hörbaren Stridor bei der Inspiration; dazu starkes Krankheitsgefühl, starkes Jucken über den ganzen Körper und sogar Athembeklemmungen gesellten sich dazu. Von der Impfstelle breitete sich über den ganzen Arm eine hochgradige Schwellung aus, die mehrere Tage bis zur völligen restitutio ad integrum brauchte. Bei dem so behandelten Patienten zeigte sich ein sonst sehr wirksames starkes Pollengift in die Nase und Augen gebracht kaum wirksam.

Ein mit demselben Gift in derselben Weise behandelter Arzt, der nicht an Heufieber leidet, zeigte ausser geringer Schwellung an der Injectionsstelle nicht die geringste Störung.

Nach diesem Versuch scheint mit dem Gift, ganz wie beim Heufieber, auch Athemnoth und Asthma bei stärkerer Lösung experimentell erzeugt werden zu können.

Professor Dunbar stellte nun durch intravenöse Injection des Giftes von Kaninchen ein Serum her, das bei Heufieberkranken keinerlei Allgemeinsymptome, sondern nur an der Injectionsstelle nesselartiges Brennen hervorrief. Mit dem Serum geimpfte Heufieberpatienten, die mit Roggenpollenkörnern inficirt wurden, zeigten zwar eine geringe Schwellung der Nase, nach einer Stunde jedoch trat das Gefühl der Reconvalescenz ein. Die Nase wurde frei und durchgängig. Mehrere Stunden später verursachten die Pollen nicht die geringste Reizung mehr. Die Unempfindlichkeit war aber am folgenden Tage verschwunden. Man konnte also mit dem Antitoxin die vorher gegen Pollen so empfindlichen Patienten ganz unempfindlich machen.

Wurde nun das aus den Pollen gewonnene Gift mit dem vom Kaninchen gewonnenen Antitoxin vermischt, so trat keinerlei Erscheinung ein und die Reizerscheinungen, die mit dem Gift auf der Schleimhaut des Auges und der Nase erzeugt waren, liessen sofort nach, wenn das Antitoxin auf die gereizte Schleimhaut gebracht wurde.

Eine an einer grösseren Anzahl gesunder und heufieberkranker Personen vorgenommene Nachprüfung bestätigte diese Experimente ausnahmslos. Es scheint demnach das langgesuchte Mittel gegen das lästige Heufieber in dem Pollen-Antitoxin wirklich gefunden zu sein. A. Thost (Hamburg).

---

f) Sitzungs-Bericht der Gesellschaft ungarischer Kehlkopf- und Ohrenärzte.

V. Sitzung vom 25. April 1901.

Vorsitzender: v. Navratil.
Schriftführer: Zwillinger.

v. Navratil: Der Einfluss der Tracheotomie auf die Heilung der Kehlkopftuberculose.

Fall I. 44 Jahre alte Frau hatte vor 2 Jahren eine Lungenentzündung, nachher dauernde Heiserkeit. Im Februar l. J. litt sie an Influenza, seit dieser Zeit heftiger Husten und Heiserkeit. Mitte März haben sich Athembeschwerden hinzugesellt, die Athmung wurde stenotisch, bei Erregungszuständen wird Pat. cyanotisch. Die Epiglottis, aryepiglottischen Falten, Aryknorpel infiltrirt, kaum beweglich. Der obere Kehlkopfraum so eng, dass nur die hinteren Antheile der Stimmbänder sichtbar sind. Oberhalb der Stimmbänder in der Schleimhaut einzelne gelblichweisse, hanfkorngrosse Infiltrate. Im Sputum grosse Mengen von Tuberkelbacillen. Die Athembeschwerden nahmen in der Weise zu, dass der Luftröhrenschnitt ausgeführt werden musste. Seither hat sich der Zustand der Kranken wesentlich gebessert, das Infiltrat hat sich zurückgebildet, die Beweglichkeit in den Crico-arytaenoid-Gelenken ist frei geworden, Hyperämie und Infiltrat der Stimmbänder zurückgegangen. Pat. athmet per vias naturales. Im Sputum seit 12 Tagen keine Tuberkelbacillen mehr.

Fall II. 20 Jahre alter Arbeiter wird am 14. April v. J. mit hochgradiger Athemnoth in Spital aufgenommen. Sofortige Tracheotomie. Am dritten Tage noch der Operation laryngoskopische Untersuchung. Der Kehldeckel ist hochgradig infiltrirt, erschwert den Einblick in das Larynxinnere. Giessbeckenknorpel stark geschwellt, ödematös, beide Gelenke fixirt. Pat. fiebert. Sputum enthält in grosser Anzahl Tuberkelbacillen. Nach 3 Monaten haben sich die Infiltrate im Kehlkopfe zurückgebildet, die Gelenke sind frei geworden, die Athmung geht auf natürlichem Wege vor sich, Canüle wird entfernt, Pat. verlässt die Abtheilung. Nach einem Jahre hat sich nun Pat. wieder mit geringerem Kehlkopf- und Bronchialkatarrh vorgestellt, welcher Zustand sich nach viertägigem Spitalsaufenthalte besserte. Die Epiglottis ist geringfügig infiltrirt, der Kehlkopf normal.

Zwillinger: Enorme Hyperplasie (?) des lymphoiden Gewebes des Rachendaches, malignen Tumor vortäuschend.

23 Jahre alte Lehrerin, rechte Nasenhälfte war vor 4 Monaten noch ganz frei, jetzt ist dieselbe so verlegt, dass sie selbst bei grösster Anstrengung weder ein- noch ausathmen kann. Häufige Blutung aus dem Munde. An der rechten Seite ihres Halses kindsfaustgrosse Geschwulst, welche ihren Kopfbewegungen hinderlich ist. Heftige Kopfschmerzen, Appetitmangel und Abmagerung. Innere Organe gesund. Die rechte Hälfte des weichen Gaumens von der hinteren Rachenwand nach vorne verdrängt; die rechte Hälfte des Nasenrachenraumes von einer grauröthlichen, höckerigen Masse ausgefüllt, welche bis an das Velum herab-

reicht. Die Geschwulst ist von elastischer Consistenz und auf Berührung blutend. Alle diese Symptome machten es wahrscheinlich, dass es sich in diesem Falle um einen malignen Tumor des Nasenrachenraumes handle; nur die Consistenz sprach dagegen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein stark mit lymphoiden Zellen infiltrirtes Gewebe handle. Vortragender entfernte die Geschwulst mit Schlinge und Ringmesser; die Athmung ist jetzt absolut frei, die Sprache rein, Blutung war bei und nach der Operation mässig, bot zu keinerlei besonderen Maassregeln Veranlassung.

Discussion:

v. Lénárt kennt den Fall und ist der Ansicht, dass es sich um einen inoperablen Tumor mit Metastase in den Halsdrüsen handelt. Trotzdem der histologische Befund nicht für Malignität spricht, glaubt er an baldige Recidive.

Donogány: Der histologische Befund ist bei Neubildungen dieser Art weder für Malignität noch für Benignität maassgebend, nur der klinische Verlauf entscheidet.

Polyák glaubt, dass selbst im Falle der Bösartigkeit der Neubildung der Eingriff gerechtfertigt war, da durch Freimachung des Nasenrachenraumes die Beschwerden der Pat. behoben wurden.

Pollatsek: Carcinom der Luftröhre.

58 Jahre alter Mann leidet an hochgradiger Athemnoth, Schlingbeschwerden, Husten. Das Gerhardt'sche Symptom, Vorwärtsbiegen des Kopfes und geringes Herabsteigen des Larynx, sprach nach der Ausführung der Spiegeluntersuchung für ein Hinderniss in der Luftröhre. Der Kehlkopf ganz frei, die Trachea ist in der Höhe des 8. Ringes von einer röthlich-grauen Masse, deren Oberfläche uneben, ausgefüllt. Das heftige Husten wurde — in Anbetracht der Intactheit des Kehlkopfes — dadurch erklärt, dass Speisetheile aus dem Oesophagus in die Luftröhre gelangen. Pat. musste tracheotomirt werden. Am vierten Tage nach dem Eingriff Exitus letalis. Das Präparat, welches P. demonstrirt, bestätigte die Annahme eines Carcinoms der Speiseröhre, welches in der genannten Höhe die Luftröhre perforirt hatte.

Pollatsek: Myxoma laryngis.

Demonstrirt ein histologisches Präparat (Larynxmyxom), welches er intralaryngeal entfernt hatte. Das 52jährige Individuum ist seit 2 Jahren heiser gewesen. In diesem Präparate sind mit zahlreichen, langen Fortsätzen versehene, von einander weitstehende Bindegewebszellen gut zu sehen, den freibleibenden Raum füllt das mucinöse Gewebe aus, welches der Geschwulst den gallertartigen Charakter verleiht. Bemerkenswerth ist der Umstand, dass auf dem rechten Taschenbande eine unebene Verdickung sichtbar war, deren Entfernung jedoch der Pat. nicht zugab. Die Untersuchung dieser Verdickung könnte einen sehr werthvollen Beitrag dazu liefern, ob das Myxom primär sei oder ob es sich nur um eine myxomatöse Entartung eines Fibroms handle, worüber ich, wenn der Kranke die Klinik wieder aufsuchen sollte, berichten werde.

VI. Sitzung vom 23. Mai 1901.

Vorsitzender: Lichtenberg.
Schriftführer: Zwillinger.

Baumgarten: Grosser Choanalpolyp bei einem Kinde.

12jähriger Knabe. Kindsfaustgrosses Präparat. Der linksseitige Gaumenbogen war stark nach vorne gespannt und beim Schlucken hinter demselben eine nussgrosse Geschwulst sichtbar. Die rechte Nasenhöhle frei, die linke hingegen durch eine grauröthliche Masse ausgefüllt. Der Tumor wurde mit einer Nasenrachenschlinge umfasst, das ganze Neugebilde in einem Stücke entfernt. Der hintere kugelige Antheil ist härter und muss als Fibrom bezeichnet werden, der vordere als ödematöses Fibrom. Bei Kindern kommen diese Formen von Polypen sehr selten vor.

Derselbe: Septumdeviation und Crista.

Die Septumdeviation und Crista wurde in einem Stücke bei Schleich'scher Anaesthesie abgemeisselt, obwohl die Deviation gleich vorne begann und fast bis zum hinteren Drittel des Septums reichte, dabei war der knorpelige Antheil ebenfalls ganz verknöchert. Pat. konnte bereits am fünften Tage geheilt abreisen.

Derselbe: Ein Fall von Lues tarda.

Bei der Aufnahme zeigten sich folgende Veränderungen: An der Grenze des weichen und harten Gaumens, gerade in der Mittellinie, eine fingerdicke Perforation, ferner ein zerfallenes Gumma an der linken Seite der Uvula und am linken Gaumenbogen. Mässige Infiltration der Halsdrüsen. Nach 14tägigem Jodkaligebrauch verschwinden die Schlingbeschwerden, die Perforation am Gaumen wird bedeutend kleiner, die Ränder sind verheilt, ebenso die Uvula und der Gaumenbogen.

Derselbe: Ein schwerer Fall von Lues tarda.

12jähriges Mädchen. In der Mitte des harten Gaumens war ein kronengrosses Geschwür, in demselben eine feine Fistelöffnung, ein bohnengrosses, zerfallenes Gumma oberhalb der Uvula, mit kleiner Perforation. Rechter Gaumenbogen zeigt mehrere Geschwüre bis an die hintere Rachenwand. Die Nase voll mit schmutziggrauen, braunen Borken. Es wurden nekrotische Knorpel und Knochenstücke aus derselben entfernt. Grosse Perforation im Septum. Nach Jodkaligebrauch heilt das Geschwür am harten Gaumen und oberhalb der Uvula.

Zwillinger: Mikroskopische Präparate einer Neubildung des Hypopharynx.

Histologische Präparate eines in der letzten Sitzung demonstrirten Falles eines Tumors des Hypopharynx.

Der Befund Prof. Pertiks lautet: Das Gewebe ist im Grossen und Ganzen lymphoides Gewebe, sehr zahlreich mit minimaler, netzartiger, kaum sichtbarer,

zum Theile schleimiger, zum Theile feingestreifter Zwischensubstanz. Die Zellen sind gross, bläschenartig, ihr Kern protoplasmaarm, zum Theile sind sie als an den epitheloiden Typus erinnernde grosse Lymphocyten anzusehen mit wenig ausgesprochenem Polymorphismus. Die Frage, ob gut- oder bösartig, ob wir es mit einem Lymphom oder Lymphosarkom zu thun haben, ist nur dann zu entscheiden, wenn das Eindringen in's Nachbargewebe, die Heterotopie constatirbar ist. Der Umstand, dass in den Schnitten nekrotische Gewebsinseln vorhanden sind mit mangelnder Kernfärbung, spricht für die Malignität.

Discussion:

Onodi: Hat den Fall gesehen, einen Theil des Tumors excidirt, denselben histologisch untersuchen lassen, später aus tiefer gelegenen Theilen der Geschwulst Präparate anfertigen lassen, letztere hat Prof. Pertick gesehen und constatirte, dass es sich in diesem Falle um ein Sarcoma mixtocellulare handelt.

Navratil.

g) 9. Versammlung des Vereins süddeutscher Laryngologen

zu Heidelberg am 19. Mai 1902.

Unter der regen Betheiligung von 73 Mitgliedern wurde die Versammlung durch den Vorsitzenden Fischenich eröffnet. Die nächste (zehnte) Versammlung soll zu einer besonders festlichen, sich auf 2 Tage ausdehnenden Sitzung sich gestalten, für die Geh.-Rath Moritz Schmidt als Ehrenpräsident, Prof. Jurasz und Prof. Seifert zu Vorsitzenden gewählt werden.

Wissenschaftliche Sitzung.

Eulenstein: Demonstration eines Fremdkörpers aus dem linken Ductus Stenonianus.

Im Ausführungsgang der linken Parotis steckte eine am Mundende mit steiniger Kruste überzogene Borste. Diese hatte Anlass zur Speichelsteinbildung gegeben.

Discussion: Killian (Worms) berichtet von einer acuten Vereiterung der Gland. parot., die ebenfalls auf dem Eindringen einer Borste beruhte. Es wurde von aussen chirurgisch eingegriffen.

v. Eicken (Freiburg): Ein Kragenknopf im linken Hauptbronchus.

Der Fremdkörper hatte linksseitige Lungen- und Rippenfellentzündung zur Folge. Ueber dem linken Unterlappen absolute Dämpfung und im II. Intercostalraum Caverne. 3schichtiges Sputum expectorirt. Der Knopf sass im Anfangstheil des linken Hauptbronchus. E. schildert die enormen Schwierigkeiten, die die Entfernung auf bronchoskopischem Wege machte -- es musste eine besondere, mit Schlitz für die gesunde Lunge versehene Canüle zur Unterhaltung der Athmung und die Tracheotomie angewendet werden – und beschreibt, wie es mittelst eines besonders construirten Häkchens gelang, den Fremdkörper zu ent-



fernen. Wiederum ein glänzender Beweis der Killian'schen bronchoskopischen Technik.

Killian (Freiburg) demonstrirt ein Lungenpräparat eines in Folge aspirirten Fremdkörpers verstorbenen Kindes, das ihm Dr. Thost zur Verfügung gestellt hat. Es handelte sich um die Blechhülse eines Federhalters. Leider war ein entsprechend dünnes Rohr zur Tracheoskopie nicht vorhanden, mit dem 9mm-Rohr gelang die Extraction nicht. Auch erwies sich die Tracheotomia inferior als unpractisch wegen des auftretenden Hautemphysems. Mahnung, die neue Technik rechtzeitig zu erlernen und sich mit genügenden Instrumenten zu versehen.

Ferner zeigt Killian eine Reihe schöner plastischer Präparate, die sein Vorgehen bei der Radicaloperation chronischer Stirnhöhleneiterungen erläutern.

Trotz Resection der vorderen und unteren Stirnhöhlenwand bleibt eine Knochenspange am oberen Rand der Orbita stehen, die entstellende Einsenkung verhindern soll. Das schöne kosmetische Resultat konnte K. an Bildern und Patienten beweisen. Ferner zeigte K. ein sehr grosses Vorlesungsmodell zur Erläuterung der Nasenanatomie.

Reinewald (Giessen): Demonstration eines Spülapparates.

Fabrikant ist Holzhauer-Marburg. Er dient rhino- und otologischen Zwecken und macht eine Assistenz oft entbehrlich.

Fischenich-Wiesbaden. Den zuerst von Avellis beschriebenen Vorgang der Verkäsung eines Kieferhöhlenempyems bestätigt Fischenich durch drei eigene Beobachtungen. Er fand besonders charakteristisch bei zweien derselben eine starke Entwickelung des lateralen Schleimhautwulstes, der den Abfluss des Höhleninhaltes spontan und auch bei künstlicher Durchspülung sehr erschwerte. Es lässt sich leicht denken, dass durch solchen Schleimhautwulst die Eindickung des Eiters zu Käse begünstigt wird. Zugleich fasst F. das Vorhandensein des Wulstes als ein Zeichen chronischer Eiterung auf.

Discussion:

Avellis schlägt vor, nicht jede Eiterung in der Nähe oder in der Highmorshöhle schlechtweg als Empyem zu bezeichnen; z. B. seien Tuberculose, Osteomyelitis des Oberkiefers, Fracturen des Knochens etc. a potiori zu benennen. Ob die beobachteten Fälle von Verkäsung einen acuten Anfang hatten, lässt sich nicht erweisen. Die Anfrage an die Versammlung, ob überhaupt jemand den chronischen Beginn eines Nebenhöhlenempyems beobachtet hat, bleibt ohne Antwort.

Eulenstein erwähnt ebenfalls einen Fall mit käsigen Massen, der nach einmaliger Ausspülung heilte.

Dreyfuss bestätigt speciell die rasche Heilung.

Lüders sah zwei von der Kieferhöhle aus operirte Keilbeinhöhlen, wo die käsigen Massen so dick waren, dass man sie nicht ausspülen konnte.

Kahsnitz erwähnt einen übelriechenden Kalkstein in eingedickter Masse,



den er in der Kieferhöhle fand und der durch Arrosion eine schwere Blutung gemacht hat.

Krebs erwähnt das Abfliessen eitriger Massen aus der Stirnhöhle in die Kieferhöhle.

Avellis: Nicht jeder Befund von „Käse“ ist eine Verkäsung des Empyems. Letztere stellt das Ende eines Processes dar, der nur noch als Fremdkörper wirkt und dessen Heilung sofort möglich ist. Mit dem „Pyosinus“, d. h. Einfliessen von Eiter aus anderen Höhlen in die Kieferhöhle, ist die Verkäsung nicht zu verwechseln, denn beim Pyosinus ist die Kieferhöhle garnicht erkrankt gewesen, es ist nur ein mechanischer, kein pathologischer Vorgang.

Avellis(-Frankfurt a. M.): Unterscheidungsmerkmale zwischen der reinen Supraorbitalneuralgie und dem entzündlichen Stirnhöhlenschmerz.

Neuralgie beginnt plötzlich und ohne Katarrh, hat Paroxysmen mit freien Intervallen, während der Stirnhöhlendruck allmälig beginnt und die Intensität geringeren Wechsel aufweist. Neuralgie hat typische Druckpunkte (Foramen supraorbit., Nasalpunkt, Palpebralpunkt etc.), während der Stirnhöhlenschmerz nicht der anatomischen Verbreitung der Nerven folgt, sondern der Figur der Höhle, „Klopfschmerzgrenze“. Durchleuchtung kann positives Resultat geben, beim Stirnhöhlenschmerz fehlt centrale Irradiation. Constanter Druck mildert Neuralgie, steigert Stirnhöhlenschmerz. Aeussere Temperatureinflüsse rufen neuralgischen Schmerz hervor, bei diesen zeigt sich auch Veränderung der Hautempfindlichkeit. Alkohol steigert Stirnhöhlenschmerz, Muskelbewegungen die Neuralgie. Entzündliches Oedem des mittleren Muschelkopfes vermisst man selten beim Stirnhöhlenschmerz, endlich klärt der Erfolg der Behandlung die Differentialdiagnose, manchmal erst die Probeeröffnung.

Kan(-Leiden): Ueber die Entfernung des Bodens und der vorderen Wand der Stirnhöhle als Hilfsoperation bei der Exstirpation hochgelegener retrobulbärer Orbitaltumoren.

Vortragender bringt, obwohl Ausländer, seine vorwiegend Chirurgen interessirende Arbeit in tadelloser deutscher Sprache zur Verlesung.

Seifert(-Würzburg): Die Angina chronica lacunaris.

Beschreibung des klinischen Bildes dieser häufigen Erkrankung. Hinweis auf die Störungen der Stimme dabei, Knollengefühl, Niesreiz. Schlitzung. Abtragung und auch Auslöffelung der Lacunen mit Schäfer'scher Sonde werden empfohlen.

Discussion:

Wolff empfiehlt Tonsillotomie. Schumacher II betont die Fehldiagnose zwischen secundärer Syphilis u. Mandelpfröpfen. Jurasz empfiehlt die Schlitzung auch bei der acuten Tonsillitis. Eulenstein warnt davor, weil er Phlegmone dabei bekommen habe. Kahsnitz spült die Lacunen antiseptisch aus. Seifert befürwortet die Reinigung der Lacunen bei der acuten Tonsillitis.

Bettmann(-Heidelberg): Ueber Herpes laryngis.

Patientin litt an differenten Körperstellen an Herpes, dessen Ausbruch der Menstruation jedesmal um eine Woche vorausging. Es handelt sich also um ein Menstrualexanthem, das auch im Kehlkopf Erscheinungen machte.

Killian(-Worms): Acuter Verschluss der Speiseröhre bei einem 5 jährigen Kinde. Beseitigung auf ösophagoskopischem Wege.

Ein Stück Kalbfleisch tamponirte den untersten Theil des Oesophagus vollkommen aus, so dass kein Tropfen Wasser hindurchging. Es wurde mit der Zange auf ösophagoskopischem Wege gänzlich, aber unter grosser Mühe entfernt. Heilung. Ueberlegenheit der Oesophagoskopie vor dem äusseren chirurgischen Eingriff.

Dreyfuss(-Strassburg): Rhino-Laryngologie und Sprachheilkunde.

Nach einer kurzen geschichtlichen Einleitung betont D. den Nutzen des engeren Zusammenwirkens zwischen Laryngologen und Sprachärzten und empfielt der jüngeren Generation, sich neben der Rhino-, Laryngo- und Otologie auch der Sprachheilkunde zu widmen und bei Stottern, Stammeln, Aphasie etc. selbst als Lehrer aufzutreten. Auch die Vertretung der Sprachheilkunde an der Universität wird verlangt und die Verdienste Gutzmanns in seinen Kursen hervorgehoben.

Discussion:

Flatau: Wo bleibt die Stimme? Er vermisst die Hervorhebung einer Stimmhygiene, wie sie zuerst von Avellis formulirt wurde und schlägt die Organisation einer Centralstelle für die Vereinigung der Stimm- und Sprachbildung auf der gemeinsamen Grundlage der klinischen, physiologischen und phonetischen Wissenschaften vor. Leider fehlte es an Zeit, diesen fruchtbaren Gedanken zu discutiren.

Zöpffel(-Norderney): Die pneumatische Therapie.

V. giebt einen Ueberblick über die Wirkung der pneumatischen Therapie, speciell verdichteter und verdünnter Luft. Die pneumatischen Cabinette sind veraltet. Die verbesserten Goebel'schen Apparate werden empfohlen und sind durch Vortragenden in Norderney und Nizza eingerichtet. Durch die Einathmung comprimirter Luft wird die vitale Lungencapacität dauernd erhöht, die Ausathmungskraft nimmt zu. Der Blutdruck wird günstig geändert. Phthisische Anlage eignet sich besonders zur pneumatischen Therapie, initiale Spitzentuberkulose wird günstig beeinflusst, ferner Pleuritis, chronische Bronchitis, Asthma, Emphysem. Besonders befriedigt ist Z. von der pneumatischen Therapie bei gleichzeitigem Aufenthalt an der See.

Wolff(-Frankfurt a. M.): Zur Behandlung der Ozaena.

Um auf die trockene Schleimhaut reizend einzuwirken, giebt W. Jodnatrium in Tagesdosen von $^1/_4$—$^1/_2$ gr und setzt diese Medication lange Zeit fort, während gleichzeitig die üblichen Ausspülungen vorgenommen werden.

Killian(-Freiburg) stellt eine Patientin vor, die beim leisen Phoniren nur das linke Stimmband zur Mittellinie führt, bei lauter Phonation aber beide Stimmbänder normal bewegt. Patientin hat eine reine helle Stimme. Hinweis auf einseitige hysterische Bewegsstörungen.

Hegener(-Heidelberg): Demonstration von Projectionsbildern und Stereophotogrammen.

Vortragender giebt einen stereoskopischen Atlas von Bildern der Siebbeinregion menschlicher Embryonen heraus, die er in der Freiburger Halsklinik aufgenommen hat und zeigt heute eine Reihe von Projectionsbildern, die die Killian'sche Lehre von der Entwicklung des Siebbeines und der Muscheln belegen.

Avellis (Frankfurt a. M.).

III. Briefkasten.

Zur Frage der Beibehaltung oder des Fortfalls des Jahresberichts.

Für die im Titel genannte Frage, welche wir unseren Lesern im Briefkasten der Januarnummer unterbreiteten, hat sich erstaunlicher- und bedauerlicherweise so geringes Interesse kund gegeben, dass wir aus diesem Umstande allein zu dem Schlusse berechtigt sind, dass die Frage kein tieferes Bedürfniss berührt.

Es sind innerhalb sechs Wochen im Ganzen 35 Antworten eingegangen. Von diesen stimmen 25 für Fortfall, 10 für Beibehaltung des Jahresberichts. Die Abstimmenden sind folgende Herren:

Für Beibehaltung:

Dr. Bukofzer (Königsberg i. Pr.). Dr. Canélepe (Bologna). Fr. Johann Fein (Wien). Dr. J. W. Gleitsmann (New-York). Prof. P. Heymann (Berlin) [bedingt]. Dr. G. Krebs (Hildesheim). Dr. B. Lachmann (Frankfurt a. M.) Dr. Lauffs (Paderborn). Dr. M. Senator (Frankfurt a. M.). Dr. Spiess (Frankfurt a. M.).

Für Fortfall:

Dr. Avellis (Frankfurt a. M.). Prof. Barth (Leipzig). Dr. A. Baurowicz (Krakau). Dr. Berliner (Breslau). Dr. Beschorner (Dresden). Dr. Betz (Mainz). Dr. H. Burger (Amsterdam). Dr. W. Grosskopf (Osnabrück). Dr. M. Hennige (Magdeburg). Dr. Lauffs (Heilbronn). Dr. M'Bride (Edinburgh). Dr. E. Mayer (New-York). Prof. E. Meyer (Berlin). Dr. James E. Newcomb (New-York). Dr. Orloff (Kiew). Dr. L. Polyak (Budapest). Dr. A. Proebsting (Wiesbaden). Prof. A. Rosenberg (Berlin). Dr. M. Saenger (Magdeburg). Prof. Scheeh (München). Dr. O. Scheven (Frankfurt a. M.). Prof. E. Schmiegelow (Kopenhagen). Dr. Schoetz (Berlin). Prof. Seifert (Würzburg). Dr. Vohsen (Frankfurt a. M.).

Von den Herren, welche für Beibehaltung gestimmt haben, schlagen drei, nämlich: Prof. P. Heymann, Dr. J. W. Gleitsmann, Dr. Canépele, vor, den Abonnementspreis etwas zu erhöhen, um neben Beibehaltung des Jahresberichts Raum für die sonstigen Obliegenheiten des Blattes zu gewinnen. Der Herausgeber möchte zu diesem Vorschlage bemerken, dass er denselben gern in Erwägung gezogen haben würde, wenn sich eine grosse Anzahl von Abonnenten für die

Beibehaltung des Jahresberichts ausgesprochen hätte. Er fühlt sich aber nicht berechtigt, ihn in Ausführung zu bringen, nachdem von den Hunderten von Abonnenten des Centralblattes sich nur 10 für Beibehaltung des Jahresberichts, 25 direct gegen dieselbe ausgesprochen haben.

Der Jahresbericht wird also in Zukunft fortfallen, und wir hoffen an seiner Stelle schleunigere und vollständigere Berichte über die Thätigkeit der verschiedenen Specialcongresse und -Gesellschaften zu bringen.

Zum Schlusse noch die erfreuliche Mittheilung, dass die Herren A. Kuttner, Katzenstein und E. Meyer, denen wir Alle für die bisherigen Jahresberichte dankbar verbunden bleiben, auch in Zukunft dem Centralblatt ihre regelmässige Mitarbeiterschaft widmen werden.

Zur Antitoxin-Behandlung des Heufiebers.

Wir folgen gern einer Anregung des Collegen A. Thost, indem wir seine uns freundlichst eingesandte Besprechung des eben erschienenen Dunbar'schen Werkes über die Ursache und specifische Heilung des Heufiebers sofort zum Abdruck bringen.

Dem Referate und einem Begleitbriefe Dr. Thost's zufolge hat Professor Dunbar eine ausserordentlich wichtige Entdeckung gemacht, von der man nur hoffen kann, dass sich ihre Ergebnisse in vollem Umfange bestätigen mögen. Er hat nachgewiesen, dass wirklich die Pollen der Gramineen die erregende Ursache beim Heufieber sind, und ein Antitoxin für die specifische Heilung des Leidens construirt.

Die Idee, das Heufieber vermittelst eines Antitoxins zu heilen, ist freilich nicht neu. Wir verweisen auf die Referate über die Arbeiten von Dr. Holbrook Curtis: „Die Immunisirungscur gegen Heufieber" (Centralblatt, Vol. XVIII, 1902, S. 235—36). Aus dem Thost'schen Bericht geht aber hervor, dass Professor Dunbar die Frage, welche sein Vorgänger anscheinend durchaus empirisch behandelt hatte, in einer Weise aufgenommen hat, welche den stricten Anforderungen der modernen Bakteriologie durchaus entspricht. — Dass man mit ruhiger Vorsicht, und ohne — möglicherweise trügerische — Hoffnungen zu erwecken, an die Prüfung der neuen Methode herantreten wird, ist nach den Erfahrungen der letzten Decade selbstverständlich.

Wir erfahren von Dr. Thost, dass es bisher noch nicht gelungen ist, das Antitoxin in grösseren Quantitäten herzustellen.

XIV. Internationaler Medicinischer Congress.

Titel der bisher für die laryngo-rhinologische Section angemeldeten Vorträge.

H. v. Schrötter (Wien): Zur Behandlung tiefer Trachealstenosen.
Coën (Wien): Fortschritte der Sprachheilkunde.
Martin (Paris): Un signe diagnostique de la sinusite maxilaire chronique vraie.
Compaired (Madrid): Neurastenia y pseudo-jobiat de origen intranasal.
Chiari (Wien): Les glandes et cystes des polypes muqueux.
Srtruychen (Breda): Une flumme sensible sans membrane.
Suarez de Mendoza (Paris): Présention d'instruments.
Suarez de Mendoza (Paris): Sur emploi des injections hypodermiques de pilocarpine dans les cas graves d'oedème de la glotte.



Scanes Spicer (London): The influence of nasal obstruction on air pressure in the upper respiratory tract.
G. Tapia (Madrid): El microscopio en el diagnostico de algunas enfermedades de la larynge.
Mygind (Kopenhagen): Faulty use of the voice and respiration as a cause of diseases of the vocal organs.
Bar (Nice): Congestions pharyngiennes dues à l'effet climatérique de le Riviera (Rivière des anglais).
Rosenberg (Berlin): Algunas observaciones sobre paquidermia de la laringe.
Louis Fischer (New York): Contribution to the study of the child's condition after intubation of the larynx.

Personalnachrichten.

Dr. de Roaldès (New Orleans) ist zum Officier und Dr. Natier (Paris) zum Ritter der Ehrenlegion ernannt worden.

Dr. Francesco Egidi hat sich als Privatdocent der Laryngologie an der Universität Neapel etablirt.

Der Herausgeber des Centralblatts ist zum Vertreter der Laryngologie im Studienrath der Universität London gewählt worden.

Edward J. Dickerman †.

Am 23. Januar erlag Dr. Edward J. Dickerman, Professor der Laryngologie an der laryngologischen Poliklinik von Chicago, im Alter von nur 33 Jahren einer Pneumonie. Wie wir von Dr. Emil Mayer erfahren, war der Verstorbene einer der fleissigsten und beliebtesten unter unseren amerikanischen Specialcollegen und seine bisherigen Leistungen berechtigten zu den schönsten Hoffnungen für seine weitere Laufbahn, Hoffnungen, die jetzt für immer vernichtet sind.

Druckfehler-Berichtigungen.

Das Hauptwerk des verstorbenen Dr. Hunter Mackenzie war nicht, wie irrthümlich auf Seite 60 dieses Jahrgangs gedruckt, eine Abhandlung über „das Septum", sondern über „das Sputum". — Auf derselben Seite liess „Farquharson" statt „Farguharson".

Druck von L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIX. Berlin, April. 1903. No. 4.

I. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente, Instrumente.

1) **E. Botella** (Madrid). **Statistische Uebersicht des Lehrkurses 1900—1901. (Resumen estadistico del curso de 1900 á 1901.)** *Boletin. de Laringolog. Nov./Dicbre. 1901.*

Eingehende Uebersicht der im genannten Kurse zur Beobachtung gelangten Fälle von Krankheiten der Nase, Ohren, Mund, Pharynx und Larynx. R. BOTEY.

2) **Jonathan Wright. Hals und Nase in der Geschichte der Medicin. (The nose and throat in the history of medicine.)** *Laryngoscope. Mai 1902.*

Fortsetzung einer Serie von Artikeln; der vorliegende behandelt die vorlaryngoskopische Zeit des 19. Jahrhunderts. EMIL MAYER.

3) **Jurasz** (Heidelberg). **Schreiben an den Herausgeber in Bezug auf den laryngologischen Unterricht in Heidelberg.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. XII. H. 3. S. 469. 1902.*

B. Fraenkel hatte in der Eröffnungsrede, mit der er die neue Berliner laryngologische Universitäts-Klinik einweihte (cf. Centrbt. Bd. XVIII. No. 11), erwähnt, dass in Heidelberg und Freiburg bereits selbstständige laryngologische Kliniken beständen. Prof. Jurasz berichtigt dies dahin, dass die Heidelberger ambulatorische Klinik für Kehlkopf-, Rachen- und Nasenkranke sein eigenes Unternehmen ist, von ihm gegründet und in den Dienst des Universitätsunterrichts gestellt ist, auch vom Staate seit einer Reihe von Jahren subventionirt, aber noch immer privaten Charakter besitzt und ohne stationäre Klinik ist.

F. KLEMPERER.

4) **G. Killian** (Freiburg i. B.). **Hülfsmittel für den laryngo-rhinologischen Unterricht.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. H. 1. S. 109. 1902.*

Beschreibung und Abbildung folgender Apparate:

1. Ein Phantom zur Einübung der Sondirungen unter Leitung des Kehlkopfspiegels.
2. Ein Bronchoskopie-Phantom.



3. Ein Vorlesungsmodell der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

Die Apparate, die bei Fischer (Freiburg, Kaiserstr.) zu haben sind, dürften sich für den Unterricht als sehr werthvoll erweisen. Besonders das Nasenmodell ist von ausserordentlicher Feinheit und giebt alle anatomischen Details aufs Genaueste wieder.

F. KLEMPERER.

5) **Darier. Zwei ungiftige locale Anaesthetica. (Deux analgésiques locaux dépourvus de toxicité.)** *Académie de Médecine. 21. Januar 1902.*

Die beiden fraglichen Mittel sind Acoin und Dionin. Sie haben vor dem Cocain den Vorzug, dass die durch sie hervorgerufene Anästhesie länger dauernd ist und dass ihre Giftigkeit fast gleich Null ist.

PAUL RAUGÉ.

6) **W. Wroblewski** (Warschau). **Ueber Anästhesirung der Schleimhäute mit 25proc. alkoholischer Cocainlösung bei Operationen in der Nase, im Pharynx und Larynx.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XII. S. 464. 1902.*

W. hat die von Pieniazek empfohlene starke alkoholische Cocainlösung in mehr als 50 Fällen bei Erwachsenen und Kindern angewendet und rühmt ihre ausserordentliche Wirkung, welche der der wässerigen Lösung weit überlegen ist. Störende Nebenwirkungen oder gar Intoxicationserscheinungen sah er in keinem Falle, was er einer antidotären Wirkung des Alkohols zuzuschreiben geneigt ist.

F. KLEMPERER.

7) **Spiess. Anästhesin, ein neues Localanaestheticum vom Gesichtspunkte der Heilwirkung der Anaesthetica.** *Münch. med. Wochenschr. No. 39. 1902.*

S. unterscheidet 2 Gruppen von Anaestheticis; einmal die Cocaingruppe und zweitens die Orthoformgruppe; die Mittel der ersten Gruppe sind in Wasser löslich, die der zweiten nicht; die der ersten Gruppe machen auch die unversehrte Schleimhaut in der Tiefe anästhetisch, doch nur für kürzere Zeit, während die Mittel der Orthoformgruppe die intacte sowohl wie die verletzte Schleimhaut für längere Zeit unempfindlich machen, aber niemals in so hohem Grade, wie es die Mittel der Cocaingruppe thun. Ueberlegen sind die ersteren Mittel aber den letzteren wegen ihrer Ungiftigkeit. Anästhesin und Orthoform wirken aber auch heilend. Spiess empfiehlt Einblasungen von Anästhesin bei frischem Schnupfen, bei Eingriffen an den Gaumenmandeln, an der Zungen- und der Rachenmandel.

SCHECH.

8) **Emil Mayer. Nebennierenextract bei der Behandlung von Hals- und Nasenkrankheiten. (Suprarenal extrat in the treatment of diseases of the nose and throat.)** *N. Y. Medical Record. 28. Juni 1902.*

Verf. hat das Nebennierenextract in Fällen acuter Katarrhe mit Erfolg gebraucht: auch in vielen Fällen von Rhinitis vasomotoria und Heufieber ist es ihm als Palliativmittel von gutem Nutzen gewesen. Desgleichen hat er sich seiner mit Vortheil bei Operation von Leisten, Polypen etc. bedient. Um Nachblutungen zu vermeiden, tamponirt Verf. die operirte Seite 24 Stunden lang; nach Entfernung des Tampons wird mit Wasserstoffsuperoxyd gereinigt. Ganz contraindicirt ist wegen der Gefahr einer secundären Blutung die Anwendung von Adrenalin bei

Tonsillotomien und Operation von adenoiden Vegetationen. Gute Dienste leistete es bei Oedema laryngis.

LEFFERTS.

9) **D. Braden Kyle. Gebrauch von Nebennieren bei Hals- und Nasenkrankheiten. (The use of suprarenal gland in diseases of the nose and throat.)** *Therapeutic Gazette. 15. Juli 1902.*

Gute Resultate erzielte Verf. mit Adrenalin in 60 bis 70 pCt. der Fälle; in dem Rest der Fälle war das Mittel werthlos oder brachte sogar eine Verschlechterung des Zustandes hervor, zu dessen Beseitigung man es angewandt hatte.

EMIL MAYER.

10) **Goldschmidt. Anwendung des Nebennierenextractes in der Therapie der Nasen- und Halskrankheiten.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 9. 1902.*

Das Resultat der auf der Schech'schen Klinik angestellten Versuche ist folgendes: Bei Larynxphthise erwies sich die durch Nebennierenextract bewirkte Anästhesie von viel kürzerer Dauer als bei Orthoform oder Mentholöl. Die anästhesirende Eigenschaft bei Operationen in der Nase bewährte sich sehr gut, doch stellten sich mehrfache Nachblutungen ein und zwar meist 2—6 Stunden nach der Operation. Man sei deshalb vorsichtig und tamponire die Nase oder überstreiche die Schnittfläche mit einer Paste von Argent. nitr.

SCHECH.

11) **Namsky** (Genève). **Beitrag zur Anwendung des Nebennierenextractes und des Adrenalins in der Therapie und Rhino-Laryngologie. (Contribution à l'étude de l'emploi de l'extrait des capsules surrénales et de l'adrénaline en thérapeutique et en rhinolaryngologie.)** *Genfer Dissertation. Genf, J. Studer. 1902.*

Verf. theilt seine Erfahrungen bei 32 Fällen mit. Die Arbeit ist von einem ausführlichen Capitel physiologischen Inhalts eingeleitet. Der Erfolg war sowohl bei chronischen, congestiven und acuten Rhinitiden, wie bei acuten Pharyngitiden ein guter. In zwei Fällen acuten Tubenkatarrhs wurden die zugeschwollenen Tuben durch eine einzige Einspritzung von wenigen Tropfen Adrenalin für den Politzer durchgängig gemacht. Ein Heuschnupfen verschwand nach einer Application von Adrenalin.

Für Operationen gebraucht Verf. eine Adrenalinlösung von 1 : 10 000.

JONQUIÈRE.

12) **Radzich. Das Extract der Nebenniere in der Rhino-laryngologie. (Ekctrak. nadpotsch. shebsi w rino-laring.)** *Med. obosrenie. p. 310. 1902.*

R. bereitete das Extract selbst. Es wirkt nach ihm energischer contrahirend als Cocain. Unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht constatirt. Die Nachblutung war nicht stärker als bei Cocain. Er wandte das Mittel sowohl in chronischen als auch in acuten Fällen mit Nutzen an. Günstige Wirkungen liessen sich constatiren bei Tubenverengerungen.

P. HELLAT.

13) **Simonta. Beitrag zum klinischen Studium des Adrenalins. (Contributo allo studio clinico sull'adrenalina.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. October 1902.*

Nichts Neues.

FINDER.

14) **Moure** und **Brindel. Die Anwendung des Adrenalin in der Oto-Rhino-Laryngologie. (De l'emploi de l'adrénaline en oto-rhino-laryngologie.)** *Rev. hebdomad. de laryngol. No. 48. 1902.*

Verf. haben das Adrenalin bei verschiedenen Affectionen des Ohres, der Nase und des Kehlkopfes angewandt und zwar jedes Mal mit gleichem Erfolg. Ob es sich um acute oder chronische entzündliche Processe oder um einfache Congestion in Folge von Gefässerschlaffung handelte, in jedem Falle entfaltete das Mittel eine ungemein energische gefässverengernde Wirkung. Diese Gefässverengerung war derartig, dass Nasenmuscheln unter völliger Blutleere abgetragen werden konnten; Nasenbluten konnte durch Application von Adrenalinlösung auf die blutende Stelle gestillt werden.

Verf. bedient sich zur Blutstillung einer 1 proc. Lösung, für alle anderen Zwecke einer Lösung von 1 : 9000 bis 1 : 10 000.

E. J. MOURE.

15) **Heschelin. Alkohol zur Desinfection und zur Verhütung des Anlaufens des laryngo-rhinoskopischen Spiegels.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 2. 1902.*

Der Titel besagt Alles.

SCHECH.

16) **Richter. Ein neuer Zerstäuber für Nase, Rachen sowie Kehlkopf.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 3. 1902.*

Derselbe dient zur Zerstäubung sowohl wässeriger, als auch öliger Flüssigkeiten in Kehlkopf, Nase und Rachen und ist zu beziehen durch Windler in Berlin.

SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **J. Fein** (Wien). **Die Aufrichtung der Sattelnasen mit Anwendung subcutaner Paraffinprothesen nach Gersuny.** *Wien. med. Wochenschr. No. 19 u. 20. 1902.*

Nach Besprechung der Technik sowie des Materiales führt F. 3 Fälle vor, in welchen er wegen tiefer Sattelnasen mit obigem Verfahren einen günstigen kosmetischen Erfolg erzielte. Photographische Abbildungen vor und nach der Behandlung zeigen den Erfolg.

CHIARI.

18) **Scanes Spicer. Fall von Sattelnase mit subcutanen Injectionen von paraffin behandelt. (Case of saddle-nose treated by subcutaneous Injection of Paraffine.)** *N. Y. Medical Record. 17. Mai 1902.*

Günstiges, seit 10 Monaten bestehendes Resultat; gebraucht wurde Paraffin von 40,5° und injicirt 10—12 Spritzen.

LEFFERTS.

19) **J. Baratoux** (Paris). **Paraffininjectionen bei Nasendeformitäten. (Des injections de paraffine dans les cas de déformation de nez.)** *Progrès médical. 17. Mai 1902.*

Verf. bedient sich zur Injection eines Paraffins von 57° Schmelzpunkt, das er mittelst einer 3—5 ccm fassenden Spritze mit 1 cm langer Canüle bei 67° schnell, jedoch ohne Gewalt einspritzt. Im Allgemeinen injicirt er nur 2—3 ccm,

jedoch giebt er zu, dass man ohne Gefahr auch bis auf 8 ccm gehen kann. Nach der Injection wird die Nase während 24 Stunden mit einer kalten Wassercompresse bedeckt.

PAUL RAUGÉ.

20) **Watson Cheyne. Paraffininjectionen bei Nasendeformitäten. (Injections of paraffine in nasal deformities.)** *Brit. med. Journal. 31. Mai 1902.*

Verf. hat das Paraffinverfahren angewandt bei einem Individuum mit Zerstörung des Nasenskeletts in Folge congenitaler Syphilis. Zu der ersten Serie von Einspritzungen wurde Paraffin von 49° Schmelzpunkt, für die weiteren solches von 40° benutzt. Ein Nachtheil des weicheren Paraffins bestand darin, dass es die Neigung hatte, in das Gewebe an der Nasenwurzel zwischen den Augen einzudringen.

E. WAGGETT.

21) **H. Smith. Paraffininjection zur Correction von Deformitäten der Nase. (Paraffin injections to correct nasal deformities.)** *N. Y. Medical News. 5. Juli 1902.*

Verf. hat 3 Fälle mit günstigem Ausgang behandelt. Das benutzte Paraffin hatte einen Schmelzgrad von ca. 37,5° und wurde bei einer Temperatur von 46° unter Cocainanästhesie injicirt. Verf. macht unter Anderem darauf aufmerksam, dass man sorgfältig ein Vordringen des Paraffins gegen den Augenwinkel zu verhüten suchen muss.

LEFFERTS.

22) **M. Moure. Sattelnase. (Ensellure du nez.)** *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. 4. Juli 1902.*

Vorstellung eines Patienten, dem Verf. mittelst Paraffininjection die eingesunkene Nase wieder aufgerichtet hat.

E. J. MOURE.

23) **A. Martineau. Ein Fall von Sattelnase mit subcutanen Injectionen von Paraffin behandelt. (A case of saddle-nose treated by subcutaneous injections of paraffin.)** *Lancet. 9. August 1902.*

Die Deformität der Nase war entstanden in Folge eines traumatischen Abscesses der Nasenscheidewand. Unter Chloroformnarkose wurde Paraffin von 39° Schmelzpunkt injicirt. Photographien des Patienten aus der Zeit vor und nach der Operation veranschaulichen das Resultat.

A. BRONNER.

24) **Hal Joster. Die subcutane Anwendung von Paraffin bei deformirten Nasen. (The subcutaneous use of paraffin in deformed noses.)** *St. Louis Courier of Medicine. August 1902.*

Bericht über einen günstig verlaufenen Fall.

EMIL MAYER.

25) **Ligorio. Experimentelle Untersuchungen über Injection von Paraffin in die Gewebe. (Ricerche sperimentali sulle iniezioni di paraffina nei tessuti.)** *Bollett. d. malattie dell'orecchio delle gola e del naso. November 1902.*

Verf. hat es sich zur Aufgabe gestellt, bei Versuchsthieren Injectionen mit Paraffin zu machen und nach einiger Zeit nachzusehen, was aus der injicirten Masse geworden ist und wie unter dem Einfluss der Injection sich die Gewebe verändert haben. Er benutzte 3 Paraffinsorten: eine mit dem Schmelzpunkt von

40—42^{0}, eine solche mit dem Schmelzpunkt von 50^{0} und eine von 58—60^{0}. Nach 14 Tagen waren die eingespritzten Paraffinmassen als harte, indolente bewegliche Knoten zu fühlen und hatten dieselbe Grösse wie am 5. Tage, d. h. nach dem Aufhören der localen Reaction. Nach 4 Wochen wurde das Versuchsthier getödtet und die das Paraffindepot enthaltende Hautpartie excidirt.

Bei der mikroskopischen Untersuchung ergab sich für das Paraffin I (40 bis 42^{0}): Um das Paraffindepot eine ganz dünne Bindegewebsschicht, in deren Umgebung kleinzellige Infiltration und Gefässneubildung. Die Masse des Paraffins wird durchzogen von zahlreichen Zügen jungen Bindegewebes, dass in dem Maasse, wie das Paraffin resorbirt wird, an seine Stelle tritt; nur bis in das Centrum der Paraffinmasse sind diese Bindegewebszüge noch nicht vorgedrungen.

Bei Paraffin II (50^{0}) ist eine feste bindegewebige Kapsel um die Injectionsmasse gebildet; diese ist durchzogen von einem ausgebildeten Bindegewebsnetz, in dessen Maschen die Paraffininseln liegen. Das Ganze hat im Durchschnitt ein an Fettgewebe erinnerndes Aussehen. Die Bindegewebsfasern sind an der Peripherie derb und gut färbbar, je mehr nach dem Centrum, desto zarter und jünger.

Bei Paraffin III (58--60^{0}) unterscheidet sich der Befund insofern, als die Bindegewebskapsel noch derber ist, als bei II und das Paraffin noch vollkommen unverändert, ohne dass von einem Resorptionsvorgang etwas zu constatiren war, in dieser Kapsel lag. Die Paraffinmasse lag hier im Gewebe wie ein aseptischer Fremdkörper.

Verf. zieht für die Plastik der äusseren Nase Paraffin von höherem Schmelzpunkt (55--60^{0}) vor, während er bei atrophirenden Processen der Schleimhaut, um die Bildung eines bindegewebigen Gerüstes anzuregen, das weichere Paraffin zu verwenden räth.

FINDER.

26) **Paget Stephen** (London). **Vorlesung über die Anwendung von Paraffin bei eingesunkenen Nasen. (A lecture on the use of paraffin for sunken noses.)** *Brit. med. Journal. 3. Januar 1903.*

Nach einer historischen Einleitung über den Gebrauch von Paraffinprothesen in der Medicin wendet sich Verf. zur Besprechung der dem Verfahren anhaftenden Gefahren. Dieselben bestehen in Eiterung, Gangrän und Embolie. Sie lassen sich jedoch mit fast absoluter Sicherheit vermeiden durch sorgfältige Vorbereitung der Operation, gewissenhafte Sterilisation von Instrumenten und Operationsfeld und durch Vermeidung zu heissen Paraffins und zu grosser Injectionsmengen. In der ganzen einschlägigen Literatur fand Verf. überhaupt nur 3 Fälle von Embolie.

Was die persönlichen Erfahrungen des Verf.'s anlangt, so betreffen dieselben zunächst die Verwendbarkeit der verschiedenen Paraffinsorten. Er arbeitete zuerst mit solchen von 56,5^{0} Schmelzpunkt und benutzte es bei 12 Fällen; als er aber eingesehen hatte, dass dieses Paraffin schwer zu behandeln war, dass es ungemein schnell erstarrte und bisweilen Schwellung und Entzündung verursachte, ging er zu solchen von 46^{0} Schmelzpunkt über. Mit diesem erzielte er durchaus zufriedenstellende Resultate. In letzter Zeit bedient sich Verf. eines noch weicheren

Paraffins — nämlich von 44⁰ —, mit dem er gleichfalls sehr zufrieden ist. Das Gersuny'sche Vaselin-Paraffin-Gemisch empfiehlt er nicht, da es bei hohem Fieber oder unter der Einwirkung starker Sonnenstrahlen schmelzen kann und zu weich ist, um bei etwaigen Insulten, wie solchen gerade die Nase oft ausgesetzt ist, Widerstand zu leisten. Ferner warnt Verf. davor, dass man, von der Erwägung geleitet, dass das Paraffin beim Hartwerden zusammenschrumpft, sich nicht verleiten lässt, um diese — übrigens minimale — Schrumpfung auszugleichen, von vorn herein zu viel Paraffin zu injiciren; lieber soll man einige Tage später noch ein paar Tropfen nachspritzen. Die Technik des Verf.'s unterscheidet sich nicht wesentlich von der anderer Autoren: Er benutzt die Eckstein-sche Spritze und injicirt in Narkose. Wenn der Patient aus der Narkose erwacht ist, giebt er ihm einen Spiegel in die Hand und lässt ihn während der nächsten Stunden selbst daran mitarbeiten, seiner Nase durch Kneten und Formen eine möglichst gefällige Gestalt zu geben. Verf. hat bisher 22 Fälle mit Paraffininjectionen behandelt; er hatte keinen einzigen wirklichen Misserfolg zu verzeichnen. Da, wo Abweichungen vom normalen Verlauf auftraten — einmal war ein paar Tage lang ganz geringfügige Eiterung vorhanden und zweimal secernirte es ein wenig aus der Einstichstelle — führt Verf. dies auf die Anwendung zu harten Paraffins zurück.

Ob Septumperforationen in Folge von Caries vorhanden sind, hat nach den Erfahrungen des Verf.'s keinen Einfluss auf den Erfolg der Behandlung. Er warnt vor der Injection zu grosser Quantitäten Paraffin und stellt den Grundsatz auf, lieber zu wenig als zu viel einzuspritzen. In ungünstigen Fällen beträgt die erforderliche Injectionsmenge 7—8 ccm.

Der Aufsatz ist durch photographische Reproductionen illustrirt.

JAMES DONELAN.

27) **Calamida. Ueber blutende Polypen der Nasenscheidewand. (Sui polipi sanguinanti de setto nasale.)** *Arch. Ital. d'Otologia etc. XI. No. 4. 1901.*

Verf. schildert auf Grund von 6 Fällen eigener Beobachtung, von denen übrigens einer einen 9jährigen Knaben betraf, die blutenden Septumpolypen vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkt. Neue Gesichtspunkte treten dabei nicht zu Tage.

FINDER.

28) **Carl Reichert** (Görlitz). **Zur Casuistik der sogen. blutenden Septumpolypen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. XIII. 1. S. 296. 1902.*

Kurze Krankengeschichte eines Falles mit histologischem Untersuchungsbefund.

F. KLEMPERER.

29) **M. Hajek** (Wien). **Warum recidiviren die Nasenpolypen?** *Wiener medic. Presse. No. 10. 1902.*

In einem Vortrage in der wissenschaftlichen Sitzung des Wiener medicinischen Doctorencollegiums am 3. Februar 1902 erörtert H. obige Frage und beantwortet sie, indem er folgende Gründe anführt:

1. Weil gewöhnlich nicht sämmtliche Polypen und die einzelnen Polypen nicht im Ganzen entfernt werden.

2. Weil man das Empyem, welches für die Entwickelung der Polypen oft die entzündliche Ursache abgiebt, übersieht.

3. Weil das Knochenmark und das Periost, aus welchen die Polypen ihren Ursprung nehmen, mit erkrankt sind und aus dem übrigbleibenden zelligen Infiltrate der Markräume neue Polypen sich entwickeln.

CHIARI.

30) **H. L. Myers. Ein ungewöhnlicher Fall von Granulom der Nase. (An unusual case of nasal granuloma.)** *Annales of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1902.*

Der Tumor bestand aus kleinen — meist einzelligen — Rundzellen in feinem bindegewebigem Stroma; es wurden weder Bacillen noch Tuberkel in ihm gefunden. Verf. hält den vorliegenden Granulationstumor für syphilitischer Natur.

EMIL MAYER.

31) **Grazzi. Ueber die Aetiologie der Myxome der Nasenhöhle. (Sulla etiologia dei mixomi delle fosse nasali.)** *Bolett. d. malattie dell'orecchio etc. Mai 1902.*

Mit Myxomen sind hier gewöhnliche Polypen gemeint. Auf Grund einiger summarisch mitgetheilter Krankengeschichten und eines mit grosser Ausführlichkeit geschilderten Falles spricht er seine Meinung dahin aus, dass auf die Entstehung von Polypen chronische Entzündungszustände der Schleimhaut den grössten Einfluss haben, dass dagegen eine rareficirende Ostitis da, wo sie besteht, nicht als Ursache, sondern als Folge der Polypen aufzufassen sei.

FINDER.

32) **John F. Barnhill. Grosse Geschwülste des hinteren Endes der mittleren Muschel. (Large growths of the posterior tip of the middle turbinal,)** *Medical and Surgical Monitor. 15. Mai 1902.*

Verf. führt 20 Fälle von fibromatösen Geschwülsten in der Nase auf, zum Theil von ungewöhnlichem Sitz.

EMIL MAYER.

33) **Srebny. Ein Fall von Knochenblase in der Nase.** *Medycyna. No. 36. Z Posiedsén Laryngologicznych. 1902.*

Bei einer jungen Frau, welche seit 5 Monaten an einseitigen Kopfschmerzen und tropfendem Ausfluss aus dem linken Nasenloch litt, wurde vom Verf. eine harte Geschwulst vorgefunden, die das ganze Nasenloch verstopfte. Die Geschwulst wurde mittelst der galvanokaustischen Schlinge abgetragen und stellte sich bei der Untersuchung als blasenartig erweiterte mittlere Nasenmuschel heraus, gefüllt mit gasartigen, stinkenden Massen, welche gründlich ausgekratzt wurden. Die Kranke genas vollständig.

v. SOKOLOWSKI.

34) **S. Róna** (Budapest). **Zur Pathologie des Rhinoskleroms.** *Arch. f. Dermatol. u. Syphil. Bd. 58. 1901.*

R. beschreibt einen weiteren Fall von Rhinosklerom mit regionären Lymphdrüsenmetastasen und verweist bezüglich des histologischen und bakteriologischen Nachweises auf die in demselben Bande von Dr. Huber niedergelegte Arbeit.

R. constatirt nicht nur, dass das Rhinosklerom metastasiren kann, sondern behauptet, dass auch Zerfall und Exulceration dem Rhinosklerомgewebe nicht fremd sind, wie auch durchaus nicht alle Geschwulstpartien knorpelhart oder derb, sondern mitunter auch weiche Massen vorhanden sind. — Letztere Thatsache ist übrigens bereits lange bekannt.

CHIARI.

35) A. **Hubert. Zur Pathologie des Rhinoskleroms.** (Aus der Abtheilung für Haut- u. vener. Krankh. des St. Stephaniespitals in Budapest.) *Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 58. 1901.*

Auf Grund seiner Untersuchungen zieht H. folgende Schlüsse:

1. Die bei Rhinoskleromkranken klinisch nachweisbaren regionären Lymphdrüsenschwellungen müssen wir entschieden als specifisch betrachten, da in denselben der Rhinosklerombacillus sowohl bakteriologisch als auch histologisch nachweisbar ist.

2. Es ist nicht unmöglich, dass im rhinoskleromatösen Drüsengewebe Mikulicz'sche Zellen thatsächlich vorhanden sind, bezüglich der Dignität aber muss man unbedingt dem Rhinosklerombacillus das Vorrecht geben.

3. Der specifische Charakter der rhinoskleromatösen Drüsenerkrankung besteht nur in dem bakteriologischen und histologischen Nachweis des Rhinosklerombacillus, die in der Drüse vorhandenen übrigen Veränderungen haben keinen specifischen Charakter.

CHIARI.

36) **Nardi. Angiosarcom des Septums. (Angiosarcoma del setto.)** *Arch. Ital. d. Laringologia. April 1902.*

Verf. hat den Fall, von dem die durch sorgfältige Literaturangaben ausgezeichnete Arbeit ihren Ausgang nimmt, nur einmal gesehen, so dass von einer klinischen Beobachtung nicht die Rede sein kann; auch lassen die Angaben über den histologischen Befund nicht mit Sicherheit erkennen, ob es sich in der That um ein „Angiosarkom" gehandelt hat.

FINDER.

37) **Wm. E. Casselberry. Resection des Oberkiefers. (Resection of the superior maxilla.)** *Journal American Medical Association. 24. Mai 1902.*

Die Operation wurde wegen eines intranasalen Fibrosarkoms gemacht.

EMIL MAYER

38) **S. Citelli** und **U. Calamida** (Turin). **Beitrag zur Lehre von den Epitheliomen der Nasenschleimhaut.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. H. 2. S. 273. 1902.*

Die Verff. berichten über 8 eigene Fälle, die histologisch genau untersucht wurden. Dieselben stellen sich dar als: ein papilläres Adenom mit beginnender carcinomatöser Umwandlung, ein Adeno-Carcinom, fünf papilläre Formen, von welchen in der ersten der Uebergang zu Carcinom kaum angedeutet, in der zweiten und dritten ein vollständiger war, in der vierten und fünften sind noch die Kennzeichen des primären Papilloms vorhanden, obwohl auch sie schon als Carcinome angesehen werden müssen; ausserdem ein Plattenepithelzellen-Carcinom mit par-

tieller Verhornung. Die ersten zwei Tumoren gingen in evidenter Weise von den Drüsen der Nasenschleimhaut aus, die anderen sechs vom Oberflächenepithel.

Es fanden sich also die drei Formen, welche die Carcinome der Nasenhöhle annehmen können: 1. das gemischte Carcinom, bei dem je nach dem Grade der carcinomatösen Umwandlung die Metaplasie des Cylinderepithels in Plattenepithel mehr oder weniger weit vorgeschritten ist; 2. das reine Cylinderzellen-Carcinom (von den Drüsen ausgehend); 3. das Carcinom, welches bloss aus Plattenepithelzellen besteht (oft verhornend, mit Bildung von Zellschuppen).

Neben den anatomischen Verhältnissen besprechen die Verff. auch die Aetiologie, Symptomatologie, Prognose und Therapie dieser Geschwülste.

F. KLEMPERER.

39) **Potherat. Nasenrachenpolyp. (Polyp naso-pharyngien.)** *Société de Chirurgie. 20. November 1901.*

Ein grosses Fibrom bei einem 11 jährigen Kinde, mittelst eines von Escat für diesen speciellen Fall construirten Instrumentes entfernt. Wegen der Grösse des Tumors musste der weiche Gaumen gespalten werden; um auf das eventuelle Entstehen eines Recidivs besser achten zu können, wurde von einer Naht des Gaumens Abstand genommen.

PAUL RAUGÉ.

40) **F. J. Quinlan. Fibrom des Pharynxgewölbes. (Fibroma of the pharyngeal vault.)** *Laryngoscope. Februar 1902.*

Demonstration eines Falles.

EMIL MAYER.

41) **Wm. Cheatham. Nasopharyngeal-Tumor. (Naso pharyngeal tumor.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. Mai 1902.*

Eine myxomatöse Geschwulst bei einem 10jährigen Knaben.

EMIL MAYER.

42) **Christian R. Holmes. Ein enormes weiches Fibrom des Nasenrachens nebst einer allgemeinen Erörterung über diese Klasse von Neubildungen. (Enormous naso-pharyngeal soft fibroma with a general discussion of this class of neoplasms.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1902.*

Der Tumor sass an der hinteren Pharynxwand und nahm seinen Ursprung vom submucösen Bindegewebe. Die Zahl der vom Verf. aus der Literatur zusammengesuchten Fälle beträgt 298.

EMIL MAYER.

43) **Hertz. Nasopharyngealer Polyp bei einem 70jährigen Manne. (Polip jamy naso-gardzie-lorej u 70-letniego starca.)** *Gazeta Lekarska. No. 21. 1902.*

Bei einem Patienten, welcher seit längerer Zeit an totaler Nasenobstruction litt, wurde mittelst kalter Schlinge ein 7 cm langer und 3 cm breiter Polyp entfernt.

v. SOKOLOWSKI.

44) **Sinotecki. Ein Tumor des Nasopharynx. (Nowotwór jamy naso-gardzielowej.)** *Gazeta Lekarska. No. 21. 1902.*

Bei einem 25jährigen Manne, welcher an totaler Nasenobstruction litt, wurde

mittelst der galvanokaustischen Schlinge ein enormer Polyp (7 cm lang, $3^1/_2$ cm breit, 33 g Gewicht) entfernt, welcher sich mikroskopisch als Fibrom erwies.

v. SOKOLOWSKI.

45) **Cozzolino. Retrochoanale Fibrome oder Pseudopolypen des Nasenrachenraums. (Fibromi retro-coanali o pseudo-polipi naso-faringei.)** *Bollet. d. Malatt. dell'orecchio etc. Juni 1902.*

Summarischer Bericht über einige Fälle.

FINDER.

46) **Herman. Sarcoma tonsillae pharyngeae, operirt mittelst Langenbeck'scher lateraler Pharyngotomie.** *Przeglad Lekarski. No. 12. 1902.*

Krankendemonstration in der Lemberger Medicinischen Gesellschaft.

A. SOKOLOWSKI.

47) **Petit** (Alfort). **Nasenrachentumor beim Rind, (Tumeur naso-pharyngienne chez le boeuf.)** *Société anatomique. 7. März 1902.*

Es handelte sich um ein sehr schnell wachsendes Spindelzellensarkom im Nasenrachen eines Rindes.

PAUL RAUGÉ.

48) **F. Maass. Zur Operation der Nasenrachentumoren.** *New Yorker medicin. Wochenschrift. April 1902.*

Der mitgetheilte Fall soll beweisen, dass man berechtigt ist, wenn die mikroskopische Diagnose auf Sarkom lautet, auch eine nicht radicale Operation vorzunehmen, wenn die anatomischen Verhältnisse die vollständige Entfernung des Tumors nicht gestatten.

EMIL MAYER.

49) **Citelli** und **Calamida. Ueber die primären Sarkome des Nasenrachens. (Sui sarcomi primitivi del faringo nasale.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. October 1902.*

Bericht über 4 Fälle, ein Lymphosarkom, ein Rundzellensarkom mit kleinen und zwei mit grossen Zellen. Alle 4 Tumoren nahmen ihren Ausgang vom Rachendach.

FINDER.

c. Mundrachenhöhle.

50) **Debrie. Angeborene Hasenscharte mit Wolfsrachen und Drehung der Ossia intermaxillaria. (Bec-de-lièvre congénital compliqué de fissure alvéolo-palatine avec torsion des os intermaxillaires.)** *Société de chirurgie de Lyon. 1901.*

Es handelt sich um Hasenscharte und Wolfsrachen höchsten Grades bei einem 13jährigen Mädchen; der Theil des Oberkiefers, der die medialen Schneidezähne trägt, hatte eine auffallende Drehung erfahren. Die Missbildung wurde in einer Sitzung mit glänzendem Resultat operirt.

PAUL RAUGÉ.

51) **Duran. Die transhyoideale Operationsmethode in der Rachen- und Kehlkopfchirurgie. (De la voie transhyoïdienne dans la chirurgie pharyngo-laryngée.)** *Thèse de doctorat. Bordeaux 1901.*

Die zuerst von Gussenbauer empfohlene, dann in Vergessenheit gerathene

und 1899 von Vallas (Lyon) wieder aufgenommene Methode der transhyoidealen Pharyngotomie gestattet einen leichten Zugang zu dem unteren Abschnitt des Pharynx, sowie zur Epiglottis, der Zungenbasis, den ary-epiglottischen Falten und dem Larynxeingang. Sie ist weniger gefährlich und giebt bessere Resultate als alle anderen bisher empfohlenen Operationsmethoden. E. J. MOURE.

52) **Ehrmann. Angeborene Perforation des Gaumensegels. Staphylorraphie in zwei Zeiten. Heilung. (Perforation congénitale du voile du palais. Staphylorrhaphie en deux temps. Guérison.)** *Société de Chirurgie. 26. März 1902.*

Verf. hat bei einem 22jährigen Mädchen, die eine kreisrunde, 8mm im Durchmesser grosse Perforation im hinteren Theile des Gaumensegels hatte, in zwei Zeiten operirt und zwar wurde in der ersten Sitzung das Gaumensegel völlig abgelöst und 8 Tage später die Staphylorraphie ausgeführt. Seit 10 Monaten besteht völlige Heilung. PAUL RAUGÉ.

53) **Michaux** (Paris). **Zweizeitige Gaumenplastik wegen completer Hasenscharte. (Palatoplastic en deux temps pour bec-de-lièvre complet.)** *Société de Chirurgie. 26. März 1902.*

Titel besagt Alles. PAUL RAUGÉ.

54) **Kirmisson** (Paris). **Die modernen Wandlungen der Gaumenplastik. (Des transformations modernes de la palatoplastic.)** *Bulletin médical. 7. Juni 1902.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die verschiedenen Arten von Gaumenspalten und — nachdem er darauf hingewiesen, dass die Prothesen stets nur als ein Nothbehelf betrachtet werden können — geht er zur Beschreibung der Gaumenplastik über, deren 3 Phasen: Anfrischung der Ränder, Lappenbildung und Naht er ausführlich schildert. PAUL RAUGÉ.

55) **Joseph E. Bryant. Tiefe seitliche Pharyngotomie, um die untere Pharynxregion, den oberen Oesophagusabschnitt und die Hinterfläche des Larynx zugänglich zu machen. (Low lateral Pharyngotomy for approach to the lower portion of the Pharynx, upper portion of the Oesophagus and posterior surface of the Larynx.)** *N. Y. Medical News. 14. Juni 1902.*

Verf. hat mittelst des tiefen seitlichen Pharynxschnittes, als dessen Vorzug er rühmt, dass man nicht Gefahr läuft, wichtige Organe zu verletzen, bei einem Patienten ein grosses weiches Fibrosarkom des Rachens entfernt. LEFFERTS.

56) **Thomas Hubbard. Perforation der Gaumenbögen nach Scharlach. (Scarlatinal perforations of the pillars of the fauces.)** *Laryngoscope. October 1902.*

Die ulcerativen Processe im Gefolge von Scharlach sind gewöhnlich beiderseitig und werden oft, da sie keine besonders hervorstechenden Symptome machen, übersehen. Verf. weist auf die Nothwendigkeit, jede Scharlachangina sorgfältigst zu behandeln, auch im Hinblick darauf hin, dass so am besten dem Entstehen einer Otitis media vorgebeugt werden könne. EMIL MAYER.

57) **Hertz. Ein Fall von tuberculösen Geschwüren des Gaumens, Zahnfleisches, der Haut des Oberkiefers und des rechten Nasenflügels.** *Medycyna. No. 37. Z Posiedsén Laryngologicznych. 1902.*

Der Fall bezog sich auf einen 16jährigen Jungen, bei welchem das Leiden allmälig im Laufe von $1^1/_2$ Jahren entstand. Das Allgemeinbefinden blieb gut und die Lungen wiesen keine krankhaften Erscheinungen auf. v. SOKOLOWSKI.

58) **Bobrowolski. Ein Fall von syphilitischen Ulcerationen des harten Gaumens.** *Medycyna. No 36. Z Posiedsén Laryngologicznych.*

Es handelt sich um tiefe Ulcerationen des harten Gaumens mit Knochennekrose bei einem 48jährigen Manne. v. SOKOLOWSKI.

59) **Demme** (Berlin). **Anomalien der Blutgefässe in der Pharynxregion. (Anomalies of the blood-vessels in the pharyngeal region.)** *Archives of Otology. Febr. 1902.*

Blutungen nach Operationen im Pharynx beruhen auf oberflächlichem Verlauf der Gefässe, wie man ihn bisweilen aus einer sichtbaren Pulsation erkennen kann. Die Todesfälle nach Operation von adenoiden Vegetationen in Folge von Verblutung sind höchst wahrscheinlich auf die Verletzung von anormal verlaufenden Aesten der Carotis zurückzuführen. Für das Zustandekommen der postoperativen Blutungen im Rachen ist auch der Umstand von Bedeutung, dass bisweilen, wenn die Zungenarterie in besonders ausgesprochenem Bogen verläuft, die Gaumen- und Tonsillararterien von der Höhe dieses Bogens ihren Ursprung nehmen und dann ein sehr weites Lumen haben. EMIL MAYER.

60) **Philip King Brown. Ein tödtlicher Fall von acuter primärer infectiöser Pharyngitis mit äusserster Leukopenie. (A fatal case of acute primary infectious Pharyngitis with extreme Leukopenia.)** *American Medicine. 19. April 1902.*

Der Titel enthält Alles. EMIL MAYER.

61) **Lermoyez** und **Gasne** (Paris). **Die acute Gicht des Rachens. (La goutte aiguë de la gorge.)** *Société médicale des hôpitaux. 14. März 1902.*

Ausser den gewöhnlichen Anginen, die bei Gichtkranken vorkommen, giebt es auch eine wirkliche gichtische Angina, deren Auftreten jedoch ein sehr seltenes ist. Sie setzt ganz acut ein, geht mit hohem Fieber und Abgeschlagenheit einher und ist ungemein schmerzhaft, die Entzündung befällt stets den ganzen Pharynx und schreitet bisweilen über denselben hinaus; es ist kein Belag vorhanden, die regionären Lymphdrüsen sind nicht geschwollen. Als ein ausgezeichnetes Mittel bei diesen arthritischen Anginen erwies sich das Colchicum.

PAUL RAUGÉ

62) **Groc. Gage. Oidium albicans beim Erwachsenen. (A case of Oidium albicans in the Adult.)** *Laryngoscope. April 1902.*

Der an Alkoholgastritis leidende Patient zeigte weisse Flecke im Munde und Rachen bis hinunter zur Epiglottis. EMIL MAYER.

63) **P. Haller. Malarisches Geschwür des Rachens. (Malariinsja joswa gletki.)** *Rusk. Wratsch. p. 1488. 1902.*

H. beschreibt ein Geschwür bei einem Collegen, welches sehr schmerzhaft, von 3 : 1,5 cm Umfang war, aller Behandlung (antiluetischer, antituberculöser, Ausschabung) dem Aussehen nach nichts Charakteristisches bot und bei subcutaner Chininanwendung relativ schnell heilte. Die Milz war stark vergrössert.

P. HELLAT.

64) **Arnsperger. Zur Lehre von der Hyperkeratosis lacunaris pharyngis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 9. 1902.*

Mittheilung eines Falles mit Bemerkungen über die Erfolge der Therapie; in dem mitgetheilten Falle führte die Auskratzung mit dem scharfen Löffel zur Heilung.

SCHECH.

65) **Joseph C. Beck. Pharyngo-Mycosis leptothricia oder Hyperkeratose des Pharynx. (Pharyngo-mycosis leptothricia or Hyperkeratosis pharyngis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1902.*

Bericht über 10 Fälle nebst sehr erschöpfender Zusammenstellung der einschlägigen Literatur.

EMIL MAYER.

66) **Charles W. Richardson. Behandlung der Keratose des Rachens. (Treatment of Keratosis of the fauces.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1902.*

Verf. erzielte die besten Erfolge mit Excision der erkrankten Partien und nachfolgender Cauterisation.

EMIL MAYER

67) **W. Richardson. Keratosis des Pharynx. (Keratosis of the Pharynx.)** *American Journal Medical Sciences. October 1902.*

Verf. bekennt sich zu der Ansicht Siebenmann's, dass die öfters als Pharyngomycosis beschriebene Rachenaffection in Wirklichkeit eine wahre Hyperkeratosis der Schleimhaut vorstellt.

EMIL MAYER.

68) **Lubliner. Lupus des harten Gaumens, der Nase, des Pharynx und Larynx.** *Medycyna. No. 35. Z Posiedsén Laryngologicznych.*

Ein junges Mädchen, das bei gutem Allgemeinzustand sehr ausgebreitete lupöse Geschwüre auf dem harten Gaumen, in Nase, Rachen, auf der Epiglottis und dem rechten Stimmbande zeigte.

v. SOKOLOWSKI.

69) **Gaito. Pharynxtuberculose, lupöse Form. (Tuberculosis della faringe. Forma luposa.)** *Bollett. d. Malatt. dell'orecchio etc. Juli 1902.*

Beschreibung eines Rachenlupus bei einem 8jährigen Mädchen. Es waren nirgends sonst Symptome von Lupus oder Tuberculose zu finden: der Nachweis von Koch'schen Bacillen gelang nicht. Verf. glaubt, dass es sich um ein primäres Ergriffensein des Pharynx in diesem Falle handelt.

FINDER.

70) **Julius Veis** (Frankfurt a. M.). **Ueber die Heilbarkeit der Rachentuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. XII. S. 363. 1902.*

V. berichtet über 4 Fälle von Rachentuberculose, in denen er durch Aufblasen

von Orthoform und energische Aetzung mit Trichloressigsäure in kurzer Zeit überraschend gute Heilerfolge erzielte. Er hält danach die Tuberculose des Rachens für „im Allgemeinen viel gutartiger, als man bisher glaubte; der therapeutische Nihilismus ihr gegenüber ist absolut nicht berechtigt“. F. KLEMPERER.

71) **Sebileau** (Paris). **Ausgedehntes Carcinom der Epiglottis, Zungenbasis und des Rachens. (Cancer étendu de l'épiglotte, de la base de la langue et du pharynx.)** *Société de Chirurgie. 2. Juli 1902.*

Der Tumor wurde mittelst der Pharyngotomia subhyoidea entfernt; zur Zeit der Publication war die Operationswunde vernarbt und die Patientin wurde mittelst der Oesophagussonde ernährt. PAUL RAUGÉ.

72) **Maseras** (Barcelona). **Zwei Fälle von Retropharyngeal-Abscess. (Dos casos de abceso retro-faringeo.)** *Revist. de Cienc. Medic. de Barcelona. No. 10. October 1901.*

Im Anschluss an 2 beobachtete Fälle von Retropharyngeal-Abscess bei einem Kinde von $5^1/_2$ Monaten und einem 15jährigen Knaben stellt M. einige Betrachtungen an hinsichtlich der Diagnose, Pathogenie und Therapie genannter Affectionen.

R. BOTEY.

73) **John L. Morse. Retropharyngealabscess im Kindesalter. (Retropharyngeal abscess in infancy.)** *N. Y. Medical News. 21. Juni 1902.*

Mittheilung einiger Fälle, die zeigen sollen, dass zur Verhütung einer Allgemeininfection mit ungünstigem Ausgang die frühzeitige Incision des Abscesses angezeigt ist. Für die Diagnose weist Verf. auf die Wichtigkeit der Digitaluntersuchung hin. LEFFERTS.

74) **Hopmann** (Köln). **Idiopathischer Retropharyngealabscess bei einem Erwachsenen. (Abscès retro-pharyngien idiopathique chez un adult.)** *La Parole. Revue Internationale de Rhinologie. No. VII. Juli 1902.*

Grosser seitlicher Retropharyngealabscess bei einem 22jährigen Manne. Nach Angabe des Verf. entleerten sich bei der Incision ungefähr $^2/_3$ l Eiter. Da weder eine Erkrankung der Wirbelsäule noch angrenzender Theile als Ausgangspunkt für den Abscess sich auffinden liessen, so nimmt Verf. eine primäre Entzündung an.

C. J. MOURE.

d. Diphtheritis und Croup.

75) **F. P. Gorman. Varietäten des Diphtheriebacillus. (Varieties of Diphtheria Bacillus.)** *N. Y. Medical News. 21. September 1901.*

Verf. hat in 2375 von ihm untersuchten Fällen 431 Mal dem Diphtheriebacillus ähnliche Mikroorganismen nachweisen können. Bezüglich der Classification dieser Mikroorganismen hält er an der von Westbrook (cf. Centralblatt Jahrgang 1901, No. 89) gegebenen Eintheilung fest und bestätigt die Angabe dieses Autors, dass die granulirten Formen zumeist im Beginn der Erkrankung vorkommen und später den gegitterten und ganz gefärbten Platz machen. Er glaubt, dass diese Um-

wandlung der Formen unter dem Einfluss der Immunisirung des Organismus vor sich geht. Diese diphtherieähnlichen Bacillen kommen nach des Verf. Untersuchungen häufiger in der Nase als im Hals vor und finden sich bei einem hohen Procentsatz gesunder Personen. Die sogenannten Pseudodiphtheriebacillen sind nichts Anderes, als morphologische Abarten der echten Diphtheriebacillen und sind bisweilen im Stande, eine das klinische Bild der Diphtherie darbietende Erkrankung hervorzurufen.

LEFFERTS.

76) **Adolph Rupp. Betreffs der klinischen Bedeutung des Klebs-Löffler'schen Bacillus. (Concerning the clinical significance of the Klebs-Löffler Bacillus.)** *N. Y. Medical Record. 9. November 1901.*

Von den Schlussfolgerungen, zu denen Verf. gelangt, sei folgendes hervorgehoben: Diphtherie mit Befund von Klebs-Löffler'schem Bacillus und ohne solchen können sich in ihrem klinischen Verlauf völlig gleichen; von der Art oder dem Charakter des im einzelnen Fall gefundenen Bacillus kann man keinen Schluss bezüglich der Prognose machen. Bacilläre Diphtherie kann trotz der Anwesenheit stark virulenter Bacillen klinisch unter dem Bild einer leichten Angina verlaufen. Virulente Löffler'sche Bacillen finden sich im Hals ganz gesunder Personen, ohne diesen oder denjenigen, die mit ihnen in intime Berührung kommen, irgendwie zu schaden. Sie finden sich ferner, mit anderen Mikroorganismen vergesellschaftet, bei anderen Erkrankungen, ohne auf den Verlauf der letzteren irgend welchen Einfluss auszuüben. Sie kommen in verschiedenen Varietäten vor und zwar ist ihre Virulenz unabhängig von ihrer Form. Verf. hält nach all diesem die ätiologische Bedeutung des Klebs-Löffler'schen Bacillus für die Pathogenese der Diphtherie für durchaus unerwiesen.

LEFFERTS.

77) **James J. Walsh. Postdiphtherische Urticaria. (Postdiphteric urticaria.)** *Philadelphia Medical Journal. 12. October 1901.*

Zum Beweis dafür, dass nicht jedesmal, wenn Diphtherie mit Serum behandelt wird und ein Nesselausschlag auftritt, dieser auf Rechnung des Serums gesetzt zu werden braucht, führt Verf. einen Fall seiner Beobachtung an, in dem Urticaria entstand, ohne dass eine Behandlung mit Antitoxin stattfand.

EMIL MAYER.

78) **Frank J. Powers. Tetanus als Complication von Diphtherie. (Tetanus complicating Diphtheria.)** *American Medicin. 2. November 1901.*

Ein 11jähriger Knabe erkrankt nach einem Trauma unter Tetanuserscheinungen; am zweiten Krankheitstage entwickelt sich Diphtherie. Heilung.

EMIL MAYER.

79) **H. Barbier und Zacchini. Ein Fall von diphtherischer Lähmung mit Befund von Bacillen im Bulbus. (Sur un cas de paralysie diphtérique avec présence du bacille dans le bulbe.)** *Société médicale des Hôpitaux. 6. December 1901.*

Es handelte sich um ein Kind von 2 Jahr und 2 Monaten, dass an schwerer Diphtherie mit Betheiligung des Larynx erkrankte; die Erkrankung stieg in die

Luftröhre hinab und es entwickelte sich eine Bronchopneumonie. Unter Serumbehandlung trat zunächst Nachlass aller Symptome ein; am 9. Krankheitstage jedoch konnte man das Bestehen einer Kehlkopflähmung und gleichzeitig eine Verschlimmerung der Pneumonie constatiren und am 10. Tage trat Exitus ein.

Bei der Autopsie fanden sich im Bulbus virulente Diphtheriebacillen in Gemeinschaft mit Streptokokken.

PAUL RAUGÉ.

80) Schabad. **Die scarlatinöse Diphtherie. (Skarl. difterit.)** *Wratsch. Got. No. 22. 1902.*

Die Ansichten des Autors über den Gegenstand sind kürzlich im Centralblatt referirt worden.

P. HELLAT.

81) **John M. Suran. Eine Notiz über die Behandlung der Diphtherie. (An note on the treatment of Diphtheria.)** *Therapeutic Monthly. October 1901.*

Verf. empfiehlt prompte Isolirung aller Individuen, bei denen Diphtheriebacillen gefunden werden, ohne Rücksicht darauf, ob locale Symptome bestehen oder nicht. Die Behandlung besteht im Gebrauch von Argent. nitric.

EMIL MAYER.

82) **John Biernacki** (London). **Die Behandlung der schweren Diphtherie. (The treatment of severe Diphtheria.)** *Edinburgh Med. Journal. November 1901.*

Der Begriff der schweren Diphtherie wird nach dem Verf. durch 4 Gruppen von Erscheinungen bestimmt: 1. Wohl ausgebildete locale Symptome, 2. der physiologische Effect der Toxine, besonders Gefässerschlaffung und Sinken des Blutdrucks, 3. Degeneration gewisser Organe, speciell des Herzens und — als Späterscheinung —. 4. Degeneration peripherer Nerven. Was die Behandlung betrifft, so hat Verf. von irgend welchen localen Applicationen niemals irgend welchen Nutzen gesehen; dagegen ist er ein Anhänger der Antitoxinbehandlung. Die Wirksamkeit der letzteren sieht er auch darin, dass der Blutdruck unter ihr bis zu einer unter günstigen Bedingungen bisweilen sehr bemerkenswerthen Höhe steigt. Von der Combination des Diphtherieserums mit dem Antistreptokokkenserum in Fällen von Mischinfection hat Verf. niemals den geringsten Erfolg aufzuweisen gehabt. Verf. warnt ferner vor einer zu kritiklosen Anwendung des Antitoxins und vor der Einspritzung zu grosser Mengen von Immunitätseinheiten. Zur Bekämpfung der Herzschwäche empfiehlt er am meisten Strychnin und Alkohol, warnt aber vor dem Gebrauch von Digitalis.

JAMES DONELAN.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

83) **Gigli. Völlige angeborene Atresie des Larynx. Tracheotomie. (Atresia completa congenitale della laringe. Tracheotomia.)** *Rendiconti della Società Toscana di Ostetricia. März 1902.*

Das ausgetragene männliche Neugeborene kam mit allen Zeichen schwerer Asphyxie zur Welt. Als alle Mittel fehlschlugen, wurde die Tracheotomie ausgeführt, aber kurze Zeit nach Vollendung der Operation ging das Kind trotz lange

fortgesetzter künstlicher Athmung zu Grunde, ohne dass die Athemfunction begonnen hätte. Bei der Autopsie fand sich, dass der Larynx nicht mit der Luftröhre communicirte und zwar ergab sich, dass das Hinderniss in der Höhe des Ringknorpels lag. Welcher Art dieses Hinderniss war, zeigte sich, nachdem der Kehlkopf von hinten her aufgeschnitten war. Der Ringknorpel hatte an Stelle seiner normalen ringförmigen Form die Gestalt einer soliden Scheibe, deren Oberfläche von der Larynx-, dessen Unterfläche von der Trachealschleimhaut überkleidet war.

FINDER.

84) Albert B Mac Kee. **Ein Fall von angeborener Membranbildung im Larynx. (A case of congenital web in the Larynx.)** *Laryngoscope. April 1902.*

Bei der wegen Heiserkeit vorgenommenen Untersuchung des Larynx fand sich zwischen den vorderen zwei Dritteln der Stimmlippen ausgespannt eine perlgraue Membran mit concavem hinterem Rand.

EMIL MAYER.

85) **J. Fein** (Wien). **Angeborene Membranbildung im Larynx.** (K. k. Gesellsch. der Aerzte, Sitzung vom 30. Mai 1902.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 23. 1902.*

65jährige Patientin, bei welcher als zufälliger Befund eine derbe Membran gefunden wurde, die zwischen den hinteren Antheilen der Stimmbänder im Niveau derselben sass und welche beim Anseinandergehen der Stimmbänder frei in das Lumen der Glottis hineinragte.

CHIARI.

86) **P. Fraenckel** (Göttingen). **Zur Kenntniss des angeborenen Kehlkopfdiaphragmas.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 51. 1902.*

Mittheilung zweier Fälle dieser sehr seltenen Affection (bisher 18 Fälle), von denen der eine ausserdem mit doppelseitiger congenitaler Ptosis behaftet war. Bemerkungen über das Zustandekommen der Erkrankung.

ZARNIKO.

87) **Thaussig. Eigenartig gestielte Geschwulst der Epiglottis.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 3. 1901.*

Die zufällig entdeckte Geschwulst stellte ein herzförmiges villöses Gebilde dar, das von der lingualen Fläche der Epiglottis ausging und als gestielte Keratose bezeichnet werden musste.

SCHECH.

88) E. **Lautière. Ueber die Stimmbandknötchen der Sänger, ihre Pathogenese und Behandlung. (Des nodules vocaux chez les chanteurs, pathogénie et traitement.)** *Thèse de Paris. 1901.*

Nichts Bemerkenswerthes.

A. CARTAZ.

89) **Gro J. Ross. Papillom der Epiglottis. (Papiloma of the Epiglottis.)** *Montreal Med. Journal. September 1901.*

Die mikroskopische Untersuchung eines herausgenommenen Tumorstückchens ergab, dass es sich um ein Papillom handelte. Im Sputum des Patienten fanden sich Tuberkelbacillen.

EMIL MAYER.

90) **E. M. Sympson. Ein Fall von recidivirenden Kehlkopfpapillomen bei einem Kinde nach Tracheotomie. (A case of recurrence of Laryngeal Papillomata in a child after Tracheotomy.)** *Brit. Med. Journal. 9. November 1901.*

Es handelte sich um ein 7jähriges Mädchen, bei dem wegen papillomatöser Geschwülste im Kehlkopf zuerst die Tracheotomie und ein Jahr später die Thyreotomie vorgenommen werden musste. Danach trat Heilung ein.

ADOLPH BRONNER.

91) **Lindt** (Bern). **Ein Fall von Papilloma laryngis im Kindesalter.** *Corr.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 3. 1902.*

Bei der wegen zunehmender Stenose des Kehlkopfs vorgenommenen Laryngofissur wurde bei dem 4 jährigen Knaben ein weicher blumenkohlartiger Tumor zu Tage gefördert, der das ganze Larynxinnere ausgefüllt hatte und in den die Stimmlippen vollkommen aufgegangen waren. Bereits nach 2 Wochen begann das Recidiv und schon 7 Wochen nach der ersten musste die zweite Laryngofissur gemacht werden. Zur Verhinderung der Narbenstenose wurde eine kleine Glasröhre am Faden in dem Kehlkopf befestigt, deren Oeffnung der Trachealwunde entsprach. Einige nachfolgende Papillome entfernte L. auf endolaryngealem Wege und, nachdem der Process sich erschöpft hatte, konnte der Kranke 3 Monate nach der zweiten Laryngofissur frei durch den Kehlkopf athmen. Auch die Stimme wurde im Verlauf weiterer Monate annähernd normal.

Verf. räth, da die Papillome früher oder später von selbst vergehen, von allzu radicalen Behandlungsmethoden ab und empfiehlt dringend, bei jeder Form von Eingriffen auf äusserste Schonung der Stimmbänder bedacht zu sein.

JONQUIÈRE.

92) **M. Senator** (Frankfurt a. M.). **Ein Fall von cystischem Tumor der Epiglottis, nebst kurzen Bemerkungen über die Function der Epiglottis beim Schluckact.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 10. 1902.*

60jähr. Pat. klagt über Behinderung beim Schlucken. Laryngoskopisch: weisslich-gelber, weicher Tumor, scheinbar vom Zungengrunde ausgehend. Entfernung mit der galvanokaustischen Schlinge, wobei sich ergiebt, dass der Tumor von der Epiglottis ausging. Zwei Drittel der Epiglottis wurden mit der Geschwulst entfernt. Die Geschwulst erwies sich als eine Cyste mit bindegewebiger, an einer Stelle knorpeliger Wandung. Hier flimmerndes Cylinderepithel, an den anderen Stellen Pflasterepithel.

Inhalt: Körniger Detritus, grosse, platte Zellen, verfettete Rundzellen. — Der Umstand, dass Pat. sogleich nach der Operation ungehindert schlucken konnte, beweist auch in diesem Falle, dass die Epiglottis für den Schluckact nicht nothwendig ist.

ZARNIKO.

93) **Adolph Bronner. Bemerkungen über eine fast tödtlich verlaufende Blutung infolge von Larynxpapillomen. (Notes on a case of nearly fatal haemorrhage from Papillomata of the Larynx.)** *Lancet. 26. April 1902.*

Ein 48 jähriger Mann, der seit 3 Jahren an Papillomen des Larynx litt, die bereits des Oefteren entfernt worden waren, erlitt während einer Eisenbahnfahrt,

nachdem er, um den Zug rechtzeitig zu erreichen, stark gelaufen war, eine heftige Blutung in Trachea und Lunge. Noch Stunden lang nachher warf Patient Blutcoagula und schaumige Schleimmengen aus; die Lungenuntersuchung ergab geringe Dämpfung über der Basis der linken Lunge und zahlreiche Rhonchi über der Basis beider Lungen. Die einige Tage darauf vorgenommene Kehlkopfuntersuchung zeigte, dass einige Papillome bedeckt waren von einem Blutcoagulum, nach dessen Entfernung wieder eine geringe Blutung auftrat.

Die Papillome wurden mit localer Application von Formalin behandelt.

AUTOREFERAT.

94) **J. R. Chambers. Kehlkopftumor, zur Diagnose vorgestellt. (Tumor of the larynx presented for diagnosis.)** *Laryngoscope. April 1902.*

Es handelt sich um die Frage, ob der Tumor ein Lipom war oder ob es sich um eine lupöse Erkrankung handelte.

EMIL MAYER.

95) **Edward F. Parker. Thyreotomie wegen Papillome des Kehlkopfs. (Thyretomy for laryngeal papillomata.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1902.*

Mittheilung eines Falles.

EMIL MAYER.

96) **Porak de Cheweny. Larynxcyste bei einem Neugeborenen. (Kyste du larynx chez un nouveau-né.)** *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris. Juni 1902.*

Das Neugeborene zeigte sofort nach der Geburt starke Cyanose und Dyspnoe, die anhielten, bis nach 12 Stunden der Tod eintrat. Bei der Section fand sich an der linken ary-epiglottischen Falte eine prall gespannte, kugelige cystische Geschwulst, die den Larynxeingang verlegte.

PAUL RAUGÉ.

97) **P. van Eckhaute. Ein Fall von Larynxenchondrom. (Un cas d'Enchondrome du Larynx.)** *Annal. de la Soc. de Méd. de Gand. IV. Fasc. 1902.*

Erbsengrosser, knorpeliger Tumor, inserirt unter dem rechten Stimmband auf der inneren Fläche des Cricoïdknorpels nach vorne zu, wird mit der Cobold'schen Schneidezange entfernt. Die Diagnose beruht auf der immobilen Insertion des Tumors und seinem makroskopischen Aussehen. Die mikroskopische Untersuchung desselben wurde nicht vorgenommen.

BAYER.

98) **Gouguenheim** und **Lombard. Indicationen für intralaryngeale Operationen beim Kehlkopfkrebs. (Indications for intralaryngeal operations in cancer of the Larynx.)** *N. Y. Medical Record. 23. März 1901.*

Verff. stehen auf dem Standpunkt, dass, wenn es auch Carcinome mit sehr langsamem Wachsthum und günstigem Sitz giebt, die den Versuch einer intralaryngealen Beseitigung rechtfertigen, man diese Fälle stets als Ausnahmen zu betrachten hat und dass die Operation per vias naturales vor Allem für diagnostische und nicht für therapeutische Zwecke in Frage kommt.

LEFFERTS.



99) **Lieblein. Carcinoma laryngis.** (Verein Deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 22. November 1901.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 13. 1902.*

Präventive Tracheotomie einige Tage vor der partiellen Laryngektomie, während welcher Operation die Trendelenburg'sche Tamponcanüle eingelegt wurde. Nachdem zum Zweck der Exstirpation einiger tiefer Halsdrüsen ein Schnitt längs des ganzen Kopfnickers geführt werden musste, fügte L. diesem Schnitte sodann einen Horizontalschnitt in der Höhe des Zungenbeines hinzu, präparirte den dreieckigen Lappen gegen die Mittellinie ab und konnte so nach Eröffnung des Larynx die linke Kehlkopfhälfte mit der angrenzenden Pharynxpartie entfernen. Die Ernährung geschah durch drei Wochen mittelst Nasenschlauches, der liegen blieb. Sieben Wochen post operationem Heilung der Wunde, der Kranke schluckt anstandslos und spricht mit deutlich vernehmbarer, wenn auch heiserer Stimme.

CHIARI.

100) **C. M. Corwin. Krebs der Epiglottis. (Carcinoma of the Epiglottis.)** *Journal American Medical Association. 24. Mai 1902.*

Inoperables Carcinom bei einem 66 jährigen Manne.

EMIL MAYER.

101) **Moure. Epitheliom der Stimmlippe. (Épithéliome de la chorde vocale.)** *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. Sitzung vom 6. u. 25. Juni 1902.*

In der ersten Sitzung stellte M. einen Kranken vor, bei dem er 14 Tage vorher wegen eines Epithelioms der Stimmlippe die Thyreotomie mit unmittelbar nachfolgendem Verschluss der Operationswunde ausgeführt hatte; zur Zeit der Demonstration war letztere völlig vernarbt.

Der Kranke, den M. in der Sitzung vom 25. Juni vorstellte, war 19 Monate früher gleichfalls wegen eines Epithelioms der Stimmlippe operirt worden; das Operationsverfahren war dasselbe wie im ersten Fall. Die Heilung war durch das Entstehen einer leichten Perichronditis und eine Fistelbildung im Niveau des Schildknorpels verzögert worden.

E. J. MOURE.

102) **Urban** (Hamburg). **Totale Kehlkopfexstirpation.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 32. Vereinsbeil. 1902.*

Vorstellung eines ausserordentlich glücklich operirten Falles von Kehlkopfcarcinom. Für den Verlauf war es günstig, dass die Tracheotomie der Exstirpation 8 Wochen vorausgeschickt war, weshalb sich die Lunge an die veränderte Luftzufuhr gewöhnt hatte. Durch einen phonetischen Apparat ist die Verständigung ermöglicht.

ZARNIKO.

103) **v. Sokolowski. Ein Fall von Larynxkrebs.** *Medycyna. No. 34. 1902. (Z Posiedzeń laryngologicznych.)*

Der Fall betraf einen 38 jährigen Mann, welcher seit 3 Monaten an Schlingbeschwerden und Heiserkeit litt. Bei der laryngoskopischen Untersuchung zeigten sich Ulcerationen der Epiglottis und der Ligament. ary-epigl. sowie des linken Stimmbandes, die an tuberculöse Geschwüre erinnerten. Erst mikroskopische Unter-

suchungen eines herausgeschnittenen Stückchens ergaben die carcinomatöse Natur des Leidens.

AUTOREFERAT.

104) **B. Fraenkel. Pachydermie und Carcinom, nebst Bemerkungen über die Entwickelung und die mikroskopische Diagnose des Carcinoms.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. H. 1. S. 1. 1902.*

Fr. giebt die Krankengeschichte und den genauen histologischen Befund zweier Fälle, bei denen neben Pachydermia diffusa, resp. auf der Basis dieser Carcinom der Stimmlippe sich entwickelte, und bespricht im Anschluss daran in umfassender Weise das ganze Krebsproblem, speciell die Frage der mikroskopischen Frühdiagnose des Kehlkopfcarcinoms.

Das Studium der bedeutsamen Arbeit, das für den Laryngologen unerlässlich ist, darf bei dem grossen Interesse, das gerade jetzt der Krebsfrage entgegengebracht wird, auch dem Nicht-Specialisten warm empfohlen werden. Wir können ihren Inhalt hier nicht im Einzelnen wiedergeben und beschränken uns auf folgende Sätze Fraenkel's, die der Beurtheilung der mikroskopischen Präparate von aus dem Kehlkopf exstirpirten Geschwulststückchen gelten:

„Für Carcinom sprechen: Zunächst atypische, epitheliale Zapfen, welche tief und sich verzweigend in das Bindegewebe hineinragen, und welche einen unregelmässigen Aufbau, besonders das Fehlen der basalen Zellen und eine verstrichene Grenze gegen das Bindegewebe hin erkennen lassen. Kommen in diesen Zapfen im Kehlkopf auch riesenzellenartige Conglomeratzellen und Perlen vor, so wird die Diagnose mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit gestellt werden können. Gesichert wird sie dann durch atypische epitheliale Inseln (Alveolen) im Bindegewebe, welche mit der Oberfläche nicht mehr zusammenhängen. Ueber die Bedeutung des Auffindens von asymmetrischen Mitosen und specifischen Mikroben muss die Zukunft entscheiden. Immerhin gehört aber zur Diagnose des Krebses ein Präparat, welches uns nicht nur Epithel, sondern auch das angrenzende Bindegewebe, die „Basis“ der Anatomen zeigt. Wir dürfen uns also nicht mit der Entnahme ganz oberflächlicher Stücke begnügen.

Für Papillom ist maassgebend epitheliale Verdickung, welche nach aussen wächst und welche sich unten gegen das Bindegewebe hin mit gut ausgeprägten Basalzellen und scharfer Grenze absetzt. Das Bindegewebe schickt Papillen, d. h. gefässtragende Schlingen, in diese epithelialen Massen hinein.

Am schwierigsten ist die positive Diagnose in manchen Fällen von Pachydermie, wenn es nämlich zu Zapfenbildung nach innen kommt. Hier muss der Aufbau der Epithelzellen und die Grenze gegen das Bindegewebe hin unserem Urtheil als Maassstab dienen.

Es darf aber nicht unerwähnt bleiben, dass das Bild des Carcinoms in seiner Gesammterscheinung für ein geübtes Auge etwas recht Charakteristisches an sich trägt . . . . . Ein erfahrener Beobachter kann in manchen Fällen aus dem Gesammteindruck eines Präparates mit Sicherheit sagen, hier liegt Carcinom vor, während es ihm vielleicht schwer wird, dies im Einzelnen einem zweifelnden Dritten zu beweisen.

Am leichtesten ist es, das verhornte Carcinom des Kehlkopfes mit seinen Perlen etc. beim ersten Anblick zu erkennen. Auch das seltene Drüsencarcinom giebt recht typische Bilder. Zweifel aber stellen sich besonders ein, wenn es sich um das einfache sog. Medullarcarcinom handelt. Hier wird auch ein erfahrener Beobachter häufiger, als es uns lieb sein kann, sein non liquet aussprechen müssen."

F. KLEMPERER.

105) **Moure** (Bordeaux). **Fremdkörper des Larynx. (Corps étrangers du larynx.)** *Société de Chirurgie. 23. April 1901.*

I. Haarnadel per vias naturales extrahirt. II. Ring zwischen die Stimmlippen eines Kindes eingeklemmt; Entfernung mittelst der Thyreotomie. III. Stecknadel, die mit einer Pincette ergriffen und entfernt werden konnte.

PAUL RAUGÉ.

106) **O. Currie. Ein Fall von Fremdkörper im Larynx; Tracheotomie. (A case of foreign body in the larynx; Tracheotomy.)** *Brit. Medical Journal. 21. September 1901.*

Es handelte sich um eine Perle, die von einem Kinde aspirirt war und durch Tracheotomie entfernt wurde.

A. BRONNER.

107) **M. Hajek. Extraction eines Fremdkörpers auf bronchoskopischem Wege.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 18. April 1902.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 17. 1902.*

Wegen Larynxstenose in Folge tertiärer Lues wurden die Schrötter'schen Zinnbolzen eingeführt. Bei einem Versuche von Seiten des Patienten, sich selbst den Bolzen zu entfernen, riss der Seidenfaden hart an der Oese ab. Als der Patient nach einigen Tagen kam, war der Bolzen zwischen den Narbenmassen der vorderen Larynxwand und dem hinteren Rand des Canülenfensters unbeweglich eingekeilt. Da alle Extractionsversuche scheiterten, wurde Laryngofissur gemacht, wobei der Kopf des Patienten stark nach rückwärts gebeugt wurde. Trotzdem glitt der Bolzen in den rechten Bronchus, was auf radioskopischem Wege festgestellt wurde. Mit einem 9mm starkem bronchoskopischen Rohre und einer Pincette wurde dieser Fremdkörper alsbald entfernt.

CHIARI.

108) **Melzi. Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen. (Contributo alla casuistica dei corpi stranieri per le vie aeree.)** *Bollett. d. malatt. dell'orecchio etc. No. IV. 1902.*

In dem einen Fall handelte es sich um eine in den linken Sinus piriformis gerathene Nadel, die sich unter directer Besichtigung des Kehlkopfes mit dem Kirstein'schen Autoskop leicht mittelst einer Pincette entfernen liess; in dem zweiten Fall gelang die Entfernung eines zwischen Zungenbasis und Kehlkopf eingekeilten Knochenstücks leicht auf dieselbe Weise.

FINDER.

109) **Oliver A. Blumenthal. Ein im Kehlkopf eingeklemmter Fremdkörper. (A foreign body impacted in the Larynx.)** *American Medicine. 30. August 1902.*

Der Spiegel zeigte einen Knochen, der sich quer zwischen die beiden ary-

epiglottischen Falten eingekeilt hatte. Es gelang, ihn mittelst der Luer'schen Zange zu extrahiren.

EMIL MAYER.

110) **Wróblewski. Ein Fremdkörper in der Trachea.** *Medycyna. No. 34. Z Posiedsén Laryngocznych. 1902.*

Ein Stück der Trachealcanüle brach ab und wurde in die Trachea aspirirt. Bei der vorgenommenen Tracheotomie wurde der Fremdkörper in der Trachea nicht mehr aufgefunden, er war in die tieferen Theile hinabgeglitten.

v. SOKOLOWSKI.

111) **Urban Hansen** (Denmark). **Drei Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen. (Tre Tilfälde af Fremmedlegemer i Luftveilne.)** *Hospitals Tidende. p. 995. 1902.*

Im ersten Fall war ein Stück Speck aspirirt worden; Patientin — eine 52jährige Frau — fieberte hoch (39,9°) und zeigte eine Aufhebung der Function der rechten Lunge. Nachdem die Tracheotomia inferior ausgeführt war, wurde mit einer Robert-Colloni'schen Zange in den rechten Bronchus eingegangen. Mit einem Hustenstoss wurde der Fremdkörper in die Trachea geschleudert und mittelst einer Pincette entfernt. Im zweiten Fall wurde eine Metallkugel, im dritten ein Maiskorn mittelst Tracheotomia inferior aus der Luftröhre entfernt. In allen drei Fällen Heilung.

E. SCHMIEGELOW.

112) **Grosse** (Stuttgart). **Trachealknorpeldefect und Silberdrahtnetzdeckung.** *Centralbl. f. Chirurgie. 45. 1901.*

Ein 12jähriges Mädchen, das früher wegen Diphtherie tracheotomirt war, litt an schweren dyspnoischen Zuständen in Folge schlaff zusammenklappender Trachealstelle. Ein festes Drahtgeflecht wurde in den Defect eingesetzt, heilte reactionslos aus und führte zu vollständig normaler Athmung.

SEIFERT.

113) **Avellis. Ueber eine Art trachealer Haemoptoe.** *Münch. med. Wochenschr. No. 34. 1901.*

Mittheilung eines Falles von Bluthusten bei einem Manne mit Stauungen und Hämorrhoiden; das Blut kam aus der Trachea und zwar aus erweiterten Venen der Vorderwand, die A. mittelst Chromsäure verätzte. Die Bezeichnung hämorrhagischer Luftröhrencatarrh möchte Avellis in diesem Falle vermeiden, da keine Entzündungserscheinungen vorhanden waren, und nur von blutenden Trachealvaricen sprechen. Der Prädilectionsort für dieselben sind die oberen vorderen Zwischenringräume.

SCHECH.

114) **Gidionsen** (Falkenstein i. T.). **Ein bemerkenswerther Fall von Tuberculose der Trachea und gleichzeitiger Varixbildung daselbst mit letalem Ausgange.** *Münch. med. Wochenschr. No. 42. 1901.*

Die 41jährige Patientin starb plötzlich an abundanter Blutung. Auf der hinteren Wand der Trachea fanden sich Varicen (während bei dem Kranken von Avellis die Venectasien vorne sassen), das tuberculöse Geschwür sass gleich daneben dicht oberhalb der Bifurcation.

SCHECH.

115) **Frank Nicholson. Ein Fall von gummöser Peritracheitis mit Perforation in die Aorta; wahrscheinlich Lungensyphilis. (A case of gummatous peritracheitis penetrating the aorta with probable syphilis of the lung.)** *Lancet. 2. August 1902.*

Es handelt sich in dem mitgetheilten Fall um einen 38jährigen Mann, der 6 Wochen lang an Husten und starkem Auswurf litt, ohne dabei je erhöhte Körpertemperatur zu haben, und bei dem sich am Sternum ein grosses Gummi fand. Die Behandlung bestand in Darreichung von Jodkali. Pat. starb plötzlich an einer profusen Hämoptoe. Bei der Autopsie fand sich eine grosse Gummigeschwulst zwischen Trachea und Aortenbogen, die nach beiden Seiten hin perforirt war. In der linken Lunge waren einige Hepatisationsherde nachweisbar.

A. BRONNER.

116) **Gustav Killian** (Freiburg). **Ein Trachealsarkom.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XII. H. 3. S. 423. 1902.*

Der Tumor, der sich zuerst durch Hämoptoe, später durch einen leichten trachealen Stridor bemerkbar machte, wurde mittelst Tracheoskopie auf natürlichem Wege durch Glühschlinge und Curette entfernt und ist seit $1^1/_2$ Jahren ohne Recidiv geblieben. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein grosszelliges Sarkom, das sich durch einen überall completen Epithelüberzug und Reste des Mucosabindegewebes als relativ gutartig charakterisirte.

F. KLEMPERER.

117) **G. Rosenthal** und **G. A. Weill. Intratracheale Einspritzungen von Medicamenten mittels einer Punction unterhalb des Ringknorpels. (Injections intra-trachéales de médicaments au moyen d'une ponction pratiquée au-dessous du cartilage cricoide.)** *Union médicale du Nord-Est. 30. Juli 1901.*

An Stelle der Einspritzung in die Trachea auf dem gewöhnlichen Wege vom Munde aus haben R. und W. die directe Einführung der medicamentösen Substanzen auf die Luftröhrenschleimhaut gesetzt, indem sie dieselben durch eine in der Trachealwand gemachte Punctionsöffnung einspritzen. Sie bedienen sich dazu einer Nadel vom Kaliber derjenigen, die man für Injectionen von Diphtherieheilserum benutzt.

Die Injection ruft weder Husten noch Spasmus hervor und gestattet die Einführung erheblich grösserer Mengen, als auf dem gewöhnlichen Wege.

PAUL RAUGÉ.

118) **John A. Thompson. Trachealinjectionen. (Tracheal injections.)** *Cincinnati Lancet Clin. 31. August 1901.*

Die Mittel, die Verf. zur intratrachealen Einspritzung benutzt, sind: Kreosot (2 pCt.), Guajacolcarbonat oder Chlorophenol (1 pCt.) in öliger Lösung. Die Injectionen wurden gut ertragen und gaben in vielen Fällen befriedigende Resultate.

EMIL MAYER.



119) **W. S. Anderson. Intratracheale Injectionen bei Bronchial- und Lungenleiden. (Intratracheal injections in Bronchial and Pulmonary troubles.)** *N. Y. Medical Journal. 5. October 1901.*

Verf. hat das Verfahren bei subacuter und chronischer Bronchitis und besonders bei Bronchiectasien für nützlich befunden; es ist ferner empfehlenswerth bei Lungenphthise und bei Asthmaanfällen. LEFFERTS.

120) **Joshua L. Barton. Intratracheale Medication bei Krankheiten des Athmungsapparates. (Intra-tracheal medication in diseases of the respiratory tract.)** *Journal of Tuberculosis. April 1902.*

Verf. empfiehlt die intratrachealen Einspritzungen zur Unterstützung der anderen therapeutischen Methoden. EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

121) **Thomas Scully. Behandlung des Kropfes. (Treatment of goitre.)** *N. Y. Medical News. 1. Februar 1902.*

Parenchymatöse Strumen sollen durch interne Jodmedication oder durch Injectionen von Jod oder Carbolsäure in die Substanz der Struma behandelt werden, die Cystenkröpfe erfordern stets chirurgische Maassnahmen. Verf. empfiehlt, die Operation unter Cocainanästhesie vorzunehmen. LEFFERTS.

122) **M. T. Lewi. Kropf; seine medicamentöse und chirurgische Behandlung. (Goitre; its medical and surgical treatment.)** *N. Y. Medical Record. 1. Februar 1902.*

Verf. hat 47 Fälle von Struma behandelt. Von externer Anwendung von Jodtinctur hat er keinen Nutzen gesehen. Was die parenchymatösen Injectionen von Jod anbetrifft, so räth Verf., sie nie anders als unter Beobachtung aller für chirurgische Massnahmen gültigen aseptischen Cautelen zu machen. Die besten Resultate erzielte er mit einem Gemisch, bestehend aus gleichen Theilen Jodtinctur und 5proc. Carbolsäurelösung. Die Injectionen sollen wöchentlich einmal und zwar jedesmal in eine andere Stelle der Struma gemacht werden. Die Jod-Carbolsäureinjectionen haben viel weniger Schmerzen im Gefolge, als die Einspritzungen von Jodtinctur allein. In Fällen von parenchymatösem Kropf erwies sich auch die Galvanopunctur nützlich, während bei den cystischen Formen allein die operative Behandlung in Frage kommt. LEFFERTS.

123) **Joseph M. Patton. Die Behandlung des Kropfes. (The treatment of goitre.)** *Clinical Review. März 1902.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass die chirurgische Behandlung die besten Resultate giebt. EMIL MAYER.

124) **James S. Chenoworth. Die Behandlung des Kropfes. (The treatment of goiter.)** *Louisville Journal of Medicine and Surgery. April 1902.*

Verf. räth, jedenfalls erst den Versuch interner Behandlung zu machen und nur, falls diese versagt, zur Operation zu schreiten. EMIL MAYER.

125) Spillmann. **Basedow'sche Krankheit bei einem hereditär Syphilitischen. (Maladie de Basedow chez un hérédo-syphilitique.)** *Société de Médécine de Nancy. 29. December 1901.*

Ein 14jähriger Knabe zeigt gleichzeitig Erscheinungen hereditärer Syphilis, adenoiden Habitus und den Symptomencomplex des Morbus Basedowi, nämlich Struma, Exophthalmus, Tachykardie, Tremor, ferner Kachexie, Muskelatrophie, Schlaflosigkeit, Hallucinationen.

Die Operation der adenoiden Vegetationen hat keinerlei Einfluss auf die zuletzt erwähnten Symptome.

Verf. weist auf die Seltenheit des Morbus Basedowi in der frühen Jugend hin.

PAUL RAUGÉ.

126) Abadie und Collin. **Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Traitement de la maladie de Basedew.)** *Société de Neurologie. 9. Januar 1902.*

Verff. haben mehrere Fälle von Morbus Basedowi mit intrastrumösen Injectionen von Jodoform-Aether-Emulsion behandelt. PAUL RAUGÉ.

127) Romme. **Dercum'sche Krankheit und Morbus Basedowii. (Maladie de Dercum et goitre exophtalmique.)** *Société de Neurologie. 9. Januar 1902.*

Verf. hat Gelegenheit gehabt, einen Fall von gleichzeitigen Bestehen der sogenannten Adipositas dolorosa und Morbus Basedow zu beobachten und sieht darin eine Stütze für die Anschauung von Zusammenhang der ersteren Affection mit der Function der Thyreoidea. PAUL RAUGÉ.

128) J. Maissoneuve. **Der Krebs der Schilddrüse. (Du cancer de la glande thyroide.)** *Thèse de Lyon. 1902.*

Verf. hat 18 Fälle gesammelt, in denen eine besonders harte, scirrhöse Form von Krebs in der Schilddrüse beobachtet wurde und zwar war 12mal die ganze Drüse, 6mal nur ein Lappen befallen. In 10 Fällen hatte das Carcinom eine alte Struma befallen. Die Neubildung bestand im Wesentlichen aus einem äusserst derben Gewebe, das zum Theil an die Stelle der epithelialen Wucherung getreten war.

Die Prognose dieser Fälle ist sehr ungünstig; chirurgische Behandlung ist aussichtsvoll nur, wenn die Geschwulst intracapsulär geblieben ist und die Drüsen noch nicht befallen sind. PAUL RAUGÉ.

129) P. Daniel. **Einige seltene Fälle von Sarkom der Schilddrüse. (Some rare cases of sarcoma of the Thyroid.)** *Lancet. 12. Juli 1902.*

Verf. giebt eine ausführliche Krankengeschichte von 6 Fällen maligner Geschwülste der Schilddrüse — darunter 4 Sarkomen — nebst detaillirter Beschreibung des mikroskopischen Befundes. Er stimmt mit Kocher und Berry darin überein, dass jede Vergrösserung der Schilddrüse beim Erwachsenen, besonders wenn sie sich hart und unregelmässig anfühlt, den Verdacht auf Bösartigkeit erwecken muss. A. BRONNER.

g. Oesophagus.

130) **J. P. Marsh. Angeborener Mangel des ganzen Oesophagus mit Bericht über einen Fall. (Congenital absence of the entire esophagus with report of a case.)** *American Journal Medical Science. August 1902.*

Das Kind starb am 7. Tag auf's äusserste abgemagert; Section ergab Fehlen der Speiseröhre.

EMIL MAYER.

131) **Diaz** (Madrid). **Im Oesophagus eingekeilte Geldstücke. (Monedas enclavadas en el esofago.)** *Revist. de Medic. y Cirug. Practic. No. 14. October 1901*

Im Anschluss an einen veröffentlichten unglücklichen Fall von Extractionsversuchen bei einem 7jährigen Knaben setzt D. seine Anschauung hinsichtlich der zur Entfernung von Geldstücken einzuführenden Haken, ihre Form und Beschaffenheit betreffend, auseinander.

R. BOTEY.

132) **Lejars** (Paris). **Fremdkörper der Speiseröhre; Oesophagotomie. Heilung. (Corps étranger de l'oesophage; Oesophagotomie. Guérison.)** *Société de Chirurgie. 30. October 1901.*

4 Wochen, nachdem das Kind ein Soustück verschluckt hatte, entdeckte man den Fremdkörper mittelst Durchstrahlung im Niveau des 4. Cervicalwirbels. Es wurde die Oesophagotomie gemacht; man fand bei dieser Gelegenheit die Speiseröhrenwand so dünn, dass ein Versuch, den Fremdkörper per vias naturales zu extrahiren, sicher zu einer Zerreissung geführt hätte. Nach Entfernung des Fremdkörpers wurde die Speiseröhrenwunde nur theilweise genäht und in ihren Winkel eine Dauersonde gelegt. Es erfolgte vollständige Heilung.

Verf. weist auf die Schwierigkeit hin, die Speiseröhre im Grunde der Operationswunde zu erkennen und räth, als Ausgangspunkt für die Orientirung stets die Wirbelsäule zu nehmen.

PAUL RAUGÉ.

133) **John B. Nash** (Sydney). **Entfernung eines Fremdkörpers aus der Speiseröhre. (Removal of foreign body from the Esophagus.)** *Australian Medical Gazette. 21. Juli 1902.*

Ein 5jähriges Kind hatte eine Metallbrosche verschluckt. Der Sitz des Fremdkörpers in der Speiseröhre konnte mittelst Röntgenstrahlen festgestellt werden. Es wurde die Oesophagotomie gemacht und der Fremdkörper mit einer Pincette entfernt. Heilung.

A. T. BRADY.

134) **Borsuk. Ein Fremdkörper im Oesophagus. (Przedstawienie zelarnej blaszki z haczykami, usunietey z przelyku dsiecka socznejo.)** *Pamietnik. T. L. W. 1902 zaszyt II str. 380.*

Verf. demonstrirte ein eisernes Plättchen mit 2 cm langen und breiten Häkchen, das von einem 1jährigen Kinde von 10 Wochen verschluckt worden war. Es entstanden zuerst heftige Athembeschwerden mit starkem Erbrechen, die sich allmälig legten. Das Kind konnte aber nicht saugen. Untersuchung mit Röntgenstrahlen entdeckte den Fremdkörper, der tief eingekeilt im oberen Theile des Oesophagus sass. Extraction des Fremdkörpers. Heilung.

v. SOKOLOWSKI.

135) **Dobbertin** (Berlin). **Ueber Fremdkörper in der Speiseröhre.** *Arch. f. klin. Chir. 66. Bd. 1902.*

Auf Grund von 10 Fällen von Fremdkörpern im Oesophagus giebt Dobbertin einen Ueberblick über die verschiedenen unblutigen und blutigen Verfahren zur Entfernung von Fremdkörpern aus dem Oesophagus und zur Behandlung periοesophagealer Phlegmone und eiteriger Mediastinitis.

SEIFERT.

136) **S. Mintz. Ueber die im unteren Theile der Speiseröhre vorkommenden Divertikel. (O uchytkach w dolnej czesci przelyku.)** *Medycyna. No. 44, 45. 1902.*

Der Verf. beschreibt das bezügliche Leiden bei einem 57jährigen Manne, welche an Dysphagie, Druck im Epigastrium und ab und zu dispnotischen Anfällen litt. Die Untersuchung mittelst Röntgenstrahlen, nachdem der Kranke vorher eine Bismuthlösung eingenommen hatte, bestätigte die Diagnose. Der Kranke starb an Auszehrung. Autopsie wurde nicht vorgenommen.

v. SOKOLOWSKI.

137) **Hausmann** (St. Gallen). **Zur Anatomie und Pathogenese der Divertikel der vorderen Oesophaguswand.** *Berner Dissertation. Berlin, G. Reimer. 1902.*

Verf. bestreitet auf Grund der Erfahrungen, die er im pathologischen Institut von Bern unter Langhans gewonnen hat, dass an der Vorderwand der Speiseröhre ausschliesslich Tractions-, an der Hinterwand nur Pulsionsdivertikel vorkommen; wenigstens fand er unter 10 Divertikeln der Vorderwand 2 Fälle, in denen eine Pulsion angenommen werden musste oder konnte. Die Ausbuchtungen entstanden durch verschiedenartige entzündliche, theils tuberculöse Processe, durch welche die Musculatur zum Schwinden gebracht wurde; in einem Fall beschuldigt Verf. für das Zustandekommen des Divertikels auch Bindegewebswucherung mit nachfolgendem Schwund, in einem anderen wahrscheinlich congenitale Defecte in der Musculatur. Es scheint dem Verf. wahrscheinlich, dass bei vielen Tractionsdivertikeln der Zug nur die primäre Veränderung schafft, während die Pulsion eine fast selbstverständliche secundäre Bedeutung hat.

Die Schilderung der feineren anatomischen Einzelheiten ist in der mit colorirten Abbildungen versehenen gründlichen Arbeit nachzulesen.

JONQUIÈRE.

138) **F. Gregersen** (Kopenhagen). **Ein Fall von sogenannter idiopathischer Oesophagusdilatation. (El Tilfälde af soekeldet idiopatish Oesophagusdilatation.)** *Hospitals-Tidende. 12. November 1902.*

Bei einer an Puerperalfieber gestorbenen Frau, die während der letzten 10 Jahre an periodischem Erbrechen gelitten hatte, fand sich bei der Section eine Dilatation des Oesophagus, die während des Lebens nicht constatirt worden war. Die Erweiterung war eine spindelförmige: der grösste Durchmesser betrug 12 cm. Die Speiseröhrenwand war, besonders in Folge von Hyperplasie des Muskelgewebes, bedeutend verdickt. Die Schleimhaut des dilatirten Theils war mit flachen scharfrandigen Ulcerationen besetzt. Es war keine Stenose aufzufinden oder sonst in der Umgebung der Cardia etwas nachweisbar, das die Entstehung der Dilatation hätte erklären können.

E. SCHMIEGELOW.



II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Jankau. Taschenbuch nebst Specialisten-Verzeichniss und Taschenkalender für Ohren-, Nasen-, Rachen- und Halsärzte für das Jahr 1903. Seitz u. Scheurer. München 1903.

Der vorliegende achte Jahrgang des Jankau'schen Taschenbuchs bekundet wiederum das Bestreben des Verfassers, das Büchlein immer vollkommener zu gestalten. Zunächst ist einiger Vermehrungen zu gedenken. So hat Verf. in richtiger Würdigung der principiellen Bedeutung, die ihnen zukommt und die ihre möglichste Verbreitung wünschenswerth erscheinen lässt, an die Spitze des therapeutischen Theils die von Felix Semon für die Localbehandlung aufgestellten Grundsätze gestellt. Ferner ist neu aufgenommen ein Capitel über Lebensversicherungen und Ohrenleiden (nach Burger). Auch die Anordnung des Stoffes ist zum Theil geändert und hat dadurch an Uebersichtlichkeit gewonnen.

Das Personalverzeichniss leidet naturgemäss noch immer an Unzulänglichkeiten und Ungenauigkeiten; doch auch hier ist das Streben des Verf. anerkennenswerth, den mannigfachen im Laufe der Zeit an ihn gelangten Wünschen und Anregungen allmälig gerecht zu werden. Finder.

b) R. de la Sota y Lastra. 1. Manual teórico y práctico de las enfermedades de la boca y de la faringe. Sevilla 1902. p. VIII. 723.
2. Enfermedades de la laringe. Sevilla 1902. p. XIII. 691.

Von dem ziemlich gross angelegten Handbuch der Krankheiten der Nase, des Mundes und des Kehlkopfs liegt uns jetzt der zweite Theil, die Krankheiten des Mundes und des Pharynx behandelnd, vor, sowie der dritte Band, der die Krankheiten des Kehlkopfes enthält, während der erste Theil die Krankheiten der Nase beschrieb.

Was das Aeussere des Buches anbetrifft, so lassen die Abbildungen sowohl in Auswahl als in ihrer Ausführung Vieles zu wünschen übrig. Die Eintheilung des Stoffes ist eine rationelle und die Behandlung der einzelnen Capitel eine mehr oder minder genügende.

Wenn wir zu den hier und da eingesäten persönlichen Ansichten des Autors kommen, so können wir kaum mit ihm übereinstimmen, wenn er Eczema labiale als eine sehr schwere Krankheit betrachtet, da aus ihm sich Rhinosklerom entwickeln könnte (p. 57). Die Illustration der keineswegs idealen, altmodischen Petroleumlampe (auf p. 398) und deren Anpreisung hätte auch wegbleiben können, und wenn er sagt, dass er, abgesehen von anderen Gründen, den Stirnreflector verschmäht, weil ohne ihn „el professor se presenta con más decoro y con menos ridiculo", so macht uns dies allerdings lächeln. Gegen das Abschneiden der Uvula — diese höchst selten indicirte Operation — hätte der Autor wohl auch eher eine Verwahrung einlegen sollen; aber an Stelle dieser finden wir eine ganze Polemik über die Ungefährlichkeit der Operation und die Angabe, dass der Autor selbst so viele Zäpfchen abgeschnitten habe, dass man, wie er selbst erzählt, zu

einer Zeit in Sevilla sagte „que ol no hacía más que cortar la campanilla". Es scheint fast, als ob die Amputation der Uvula in Spanien endemisch sei, denn rühmend wird eines anderen Collegen erwähnt, der in dieser Weise täglich ganze Fleischmassen durch seine einfachen Scheerenhiebe erhielt!

Unvermeidlich drängt sich beim Durchschauen dieses Werkes einem Jeden, der mit der deutschen, französischen und englischen Literatur vertraut ist, die Ansicht auf, dass der Autor mit der Verfassung seines eigenen Werkes so beschäftigt gewesen sein muss, dass er die Literatur der letzten 15 bis 20 Jahre nur hier und da leichthin berücksichtigen konnte und daher in vielen Dingen einen Standpunkt vertritt, wie wir ihn heute einen wissenschaftlichen nicht mehr nennen können.

Einige wenige Belege — dieselben könnten unendlich vermehrt werden — mögen zur Bekräftigung dieser Kritik genügen.

Auf Seite 57, Bd. III, in aller Breite ein Recept für Bromkalimixtur zur Vorbereitung für die laryngoskopische Untersuchung! Auf Seite 58, Bd. III: „Wenn ein kurzes frenulum linguae die laryngoskopische Untersuchung erschwert, so soll dies durch einen Scheerenschnitt durchtrennt werden"! Er beschreibt Kirstein's Autoskopie nach der ursprünglichen Form (von der späteren einfachen Spatelform des Autoskops weiss er nichts), S. hat dieselbe, durch den Namen zurückgeschreckt, nie versucht. Von der Untersuchung der hinteren und lateralen Larynxwände nach Killian weiss er nichts, kennt diesen Autor überhaupt scheinbar noch nicht.

Viel schlimmer stehen die Sachen noch mit S.'s Kenntnissen in den nervösen Krankheiten des Larynx. Die verschiedenen Lähmungsformen werden nach altmodischem Schema auseinander gehalten und in fast amusanter Weise nicht nur in Bezug auf Symptome und Behandlung, sondern sogar in Bezug auf Aetiologie — und hier in welcher Art! — differenzirt. So lesen wir, die Diphtheritis ist die häufigste Ursache der Lähmung der M. crico-thyreoidei (p. 537), Lähmung der crico-arytaenoidei laterales ist besonders häufig bei Mönchen und Nonnen, nachdem sie mehrere Tage das Gelübde des Schweigens gehalten, und nach Durchnässungen (p 544), und last but not least, die Lähmung der crico-arytaenoid. postici hat ihre gewöhnlichste Ursache in der Hysterie (p. 551)!

Von Tabes dorsalis als Ursache der Posticuslähmung oder der Vertigo laryngealis (nach dem Autor durch Eingeweidewürmer verursacht (p. 582)! kein Wort!

Von Semon und Horsley's Untersuchungen und Arbeiten und von vielem Anderen weiss der Autor augenscheinlich nichts! S. Moritz (Manchester).

---

c) Sitzungs-Bericht der Gesellschaft ungarischer Kehlkopf- und Ohrenärzte.

Sitzung vom 30. Januar 1902.

Vorsitzender: Emerich v. Navratil.

Schriftführer: Zwillinger.

1. E. v. Navratil: Mittelst Transplantation geheilter Fall von Kehlkopfverengerung.

32 Jahre alter Mann, 1894 locale syphilitische Infection, später im Munde

und auf der Haut secundäre Erscheinungen. Pat. wurde heiser und bekam Athembeschwerden. Laryngotomie anderwärts. Auf Inunction heilten die Geschwüre, doch konnte weder die Stimme noch die Athmung vom Munde aus hergestellt werden. Im December 1900 liess sich Pat. behufs Befreiung von der Canüle auf die laryngo-chirurgische Abtheilung aufnehmen. Befund: Anchylose in beiden Crico-arytaenoid-Gelenken in Folge syphilitischer Geschwüre und Narben.

10. Januar Verlegung der Canüle in die Trachea. Dann Spaltung des Larynx und des oberhalb der nun verlegten Canüle befindlichen Theiles der Trachea. Die vordere und seitliche Wand des oberen Theiles der Trachea in der Länge von 5 cm fehlt gänzlich, so dass die Trachea bloss aus einer rückwärtigen Wand besteht. Nach Exstirpation der narbigen Theile wird beiderseits ein ca. 8 cm langer, 3 cm breiter, zungenförmiger Hautlappen auspräparirt, dessen Basis nach oben gerichtet ist. Beide Lappen werden in der Weise gegen die Wundhöhle gewendet, dass dadurch eine von der hinteren Wand der Trachea bis zum Niveau der Nackenhaut reichende Epithel- und Hautfläche gewonnen wird. Es wird dadurch die Schleimhaut der fehlenden vorderen Trachealwand ersetzt.

Die Ersetzung der fehlenden Knorpelwand geschah am 19. Februar 1901, nachdem die totale Adhäsion der Hautlappen erfolgt war.

Zu diesem Zwecke wurde beiderseits dem Defecte der Trachea entsprechend ein Schnitt geführt, unter dem transplantirten Lappen eine Bucht gebildet, dann wurde von der rechten Tibia ein ca. 3 cm breites, 8 cm langes und 2 mm dickes Knochenstück abpräparirt. Diese zwei Knochenstücke kamen unter die zwei Hautbuchten zu liegen. Vereinigung der Haut mit einigen Nähten. Die Knochenstücke heilten ohne Reaction ein.

In dieser Weise gelang es, die fehlende Schleimhaut und den Knorpeltheil der vorderen Trachealwand zu ersetzen.

Intubation nach O'Dwyer. September 1902 gebessert entlassen.

Am 21. December vorigen Jahres: Stimmritze schmal, 3—4 mm, von den verdickten falschen Stimmbändern gebildet. Der linke Aryknorpel grösser als der rechte, nach rechts und vorne gegen das Lumen geneigt. Schleimhaut normal. Der vordere Antheil des Larynx ist wegen der Vornübergeneigtheit der Epiglottis wenig zu sehen, seine Wand ist glatt, doch nicht so glänzend wie die normale Schleimhaut. Beim Anlauten macht der rechte Aryknorpel eine passive Bewegung, die ganze linke Larynxhälfte, die Epiglottis, aber besonders der Aryknorpel springt mit einer zuckenden Bewegung zum rechten falschen Stimmbande über und erzeugt mit diesem schwingend einen tiefen, jedoch genügend verständlichen Ton. Die wahren Stimmbänder sind verschwunden, in die subchordale Höhle kann man nur durch eine 5 mm breite Ritze hineinsehen. Am Röntgenbilde transplantirte Knochenplatten sichtbar.

Die ruckweise Bewegung erklärt sich theilweise durch das Fehlen der Muskeln, welche durch den luetischen Process zu Grunde gegangen sind, theils durch die Function der noch intact gebliebenen Constrictoren.

Gegenwärtig athmet der Kranke bei verstopfter Canüle bei Tag und Nacht frei. Das Decanulement ist ausführbar, die Trachea ist weit, die mit Haut ausgekleidete Oeffnung wird auf plastischem Wege geschlossen.

2. Polyák: Operirter Fall von Kiefercyste, welche mit Mund und Nase communicirte und den linken Stockzahn enthielt.

37 Jahre alter Mann bemerkte vor 3 Jahren, dass sich auf seinem Oberkiefer eine Fistel bildete, aus welcher wenig Eiter ausfloss. Diese Fistel wurde mit Ausspülungen behandelt, bei welcher Gelegenheit ein Theil der Flüssigkeit immer in der linken Nase erschien. Vor einem Jahre Auskratzung der Fistel ohne Heilung. Die orale Mündung der Fistel lag hoch oben neben der Uebergangsfalte am Alveolarfortsatze, im Fistelgange selbst war die ganze freigelegte, jedoch total gesunde Wurzel des linken äusseren Schneidezahnes sichtbar, der Stockzahn fehlte auf dieser Seite. Eine eingeführte Sonde konnte leicht nach hinten, oben und medianwärts geschoben werden und erschien im Nasenboden links, dicht neben der Scheidewand. Im Fistelgange war ein knochenharter, festsitzender Körper sichtbar. Operation am 19. Januar. Der erwähnte Körper erwies sich als der linke Stockzahn, welcher in einer Kiefercyste eingebettet war. Der Zahn normal, die Krone stellenweise schwarz. (Demonstration.)

3. Irsai: Membranöse Verwachsung der Stimmbänder.

Pat. hat im Monat April 1897 sich mit einem Rasirmesser den Hals durchschnitten. Tracheotomie. Nach Entlassung aus dem Spitale entstand längere Zeit hindurch Heiserkeit, welche sich jedoch allmählich besserte. Vor 3 Wochen trat Husten auf; beim Athmen war ein lautes, pfeifendes Geräusch hörbar.

Im unteren Theile des durch die beiden Platten des Schildknorpels gebildeten Winkels, oberhalb des Ringknorpels, ist eine quer verlaufende, beiläufig 10 cm lange Narbe sichtbar. Unterhalb derselben die Tracheotomienarbe.

Das linke Taschenband ist mit dem Stimmband verwachsen und verdickt, vom mittleren Drittel desselben zieht sich eine lamellenartige Falte von links hinten nach rechts vorne zum vorderen Drittel des rechten falschen Stimmbandes, wodurch das Lumen des Kehlkopfes verengt wird und die Stimmritze die Gestalt eines unregelmässigen Fünfecks annimmt. Bei der Phonation entsteht — der Annäherung der Stimmbänder entsprechend — eine Faltung dieser Lamelle, welche letztere bis an die vordere Commissur reicht.

Vortragender beabsichtigt, die Membran zu durchtrennen, theilweise abzutragen und um neuere Verwachsung zu verhüten, die Intubation vorzunehmen.

4. Derselbe: Trachealfistel nach Lues.

Pat. wurde vor 20 Jahren luetisch inficirt; October 1900 stellten sich Athembeschwerden ein. Stimmbänder stark injicirt, beide Giessbeckenknorpel erheblich vergrössert und ulcerirt, der linksseitige hochgradig ödematös; Stimmritze ad minimum verengt. Zunehmende Athembeschwerden, Tracheotomie. Therapie bestand in 5proc. intramusculären Sublimatinjectionen. Nach 7 Injectionen (wöchentlich je eine) wurde die Athmung normal, Canüle entfernt, Pat. verliess das Krankenhaus. Es besteht nur noch Schwellung des linken falschen Stimmbandes und des Giessbeckenknorpels und Anchylose.

Am 5. December stellt sich Pat. abermals vor und klagt, dass sich beim Husten durch die Trachea Luft entfernt. Die in die trichterförmige Tracheotomie-

narbe eingeführte Sonde gelangt in die Trachea, beziehungsweise in den Kehlkopfraum, wodurch heftiger Hustenreiz hervorgerufen wird. Therapie: Anfrischung der Oeffnung und Vernähung der Wundränder.

5. Polyák: Adenocarcinom der Nase rechterseits, mittelst der temporären Resection des Oberkiefers (nach Langenbeck) entfernt.

66 Jahre alte Frau hat eine stark blutende Geschwulst, welche die rechte Nase total ausfüllt.

Operation am 16. November auf die übliche Weise. Die Kieferhöhle mit Polypen und Geschwulstmassen ausgefüllt. Der Sitz der Geschwulst war am Siebbeine; die meiste Mühe verursachte die gänzliche Ausräumung der Siebbeinzellen; die vordere Wand der Keilbeinhöhle war ebenfalls usurirt, die Höhle selbst beträchtlich erweitert.

Recidiv ist bis heute (10 Wochen nach der Operation) noch nicht erfolgt.

Die Geschwulstmassen, vom Umfang eines mittelgrossen Apfels, waren von etwas körnig granulirter Zusammensetzung, jedoch sehr weich. Mikroskopisch bestehen sie aus Gängen und Nestern von gewucherten Drüsenepithelzellen, welche hie und da noch eine tubuläre Anordnung verrathen. Stellenweise ist die Geschwulst in Coagulationsnekrose gerathen, erscheint homogen, ungefärbt, mit einigen schwach gefärbten Detrituskörnchen.

6. Derselbe: Fall von sogenanntem blutendem Septumpolyp.

38 Jahre alte Bäuerin hatte kaum stillbares Nasenbluten. Die linke Nase war vorne ganz ausgefüllt mit einer gangränösen Geschwulstmasse, welche mit der Schlinge leicht entfernt wurde. Nach der Evulsion hörte die Blutung sofort auf, Ausgangsstelle war die knorpelige Scheidewand. Am 12. December abermaliges Bluten. Diesmal fand sich ein bohnengrosser, glatter Scheidewandpolyp auf dünnem Stiele. Aetzung der Stelle mit Chromsäure, kein Recidiv. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Angiosarkom, aus zahlreichen kleineren und grösseren Bluträumen zusammengesetzt, die Zwischensubstanz zeigt charakteristische sarcomatöse Wucherung.

Sitzung vom 27. Februar 1902.

Vorsitzender: Emerich v. Navratil.
Schriftführer: Zwillinger.

1. Fischer: Operirter und geheilter Fall von Stirnhöhlenempyem.

44 Jahre Mann erlitt vor 16 Jahren einen complicirten Bruch des Nasenbeines. Die Wunde heilte mit Einsinken des Nasenrückens. Seit 5 Jahren Schmerzen in der Stirne.

Der Nasenrücken eingefallen, die Stirne in der Supraorbitalregion stark vorgewölbt. Das linke Augenlid geschwollen. Es wurde parallel mit dem Margo supraorbitalis incidirt, die vordere Wand der Höhle mittelst Meissel entfernt und eröffnet. Die Höhle war mit Eiter und zerfallenden Granulationen erfüllt.

Im Anschlusse daran wurde die ganze äussere Wand der Höhle entfernt. Während der Operation konnte constatirt werden, dass unter dem Periost und in der linken Orbita Abscesse vorhanden waren. Die Hautwunde wurde versorgt, die Höhle mittelst Jodoformgaze drainirt. Die Kopfschmerzen und die Fiebererscheinungen schwanden. Der Heilungsprocess verlief normal.

Discussion:

Zwillinger berichtet über einen Fall, in welchem wegen Diplopie und heftiger Kopfschmerzen ein Oculist eine Abducenslähmung constatirte. Vortr. fand eine Sinusitis frontalis. Nach Einlegen von Cocaintampons in den linken mittleren Nasengang und Anwendung von Luftdruck wurde eine grössere Menge schleimig-eitrigen Secretes entleert, worauf die Kopfschmerzen aufhörten, nachdem früher schon die Diplopie geschwunden war.

Pollatsek: Bei dieser Operation wäre es am besten, einen Knochenlappen zu bilden, doch ist dies schwierig, da die Grösse der Höhle nicht genau bestimmbar ist. Die percutorische Auscultation wird vielleicht in dieser Beziehung bessere Resultate geben.

Mohr fragt, welche Symptome in diesem Falle Seitens des Auges vorhanden waren und ob sich dieselben zurückbildeten.

Onodi fragt, in welchem Zustande die Siebbeinzellen gefunden wurden; seine Frage begründet er damit, dass Jansen in allen Fällen, in welchen Sinusitis frontalis vorhanden ist, auch die übrigen Nebenhöhlen untersucht und bei deren Erkrankung sämmtlich mit einander verbindet.

Donovány: Der Gedanke, die percutorische Auscultation zum Zwecke der Ergründung der Ausdehnung der Stirnhöhle zu versuchen, scheint vielversprechend zu sein. Hinsichtlich der radicalen Eingriffe Jansen's, welcher alle Nebenhöhlen mit einander verbindet, bemerkt er, dass es, da es bekanntlich zwei Gruppen von Nebenhöhlen giebt, deren Erkrankung gruppenweise beobachtet werden kann, genügt, die Höhlen einer oder der anderen Gruppe mit einander zu verbinden.

Fischer: Hinsichtlich des Auges war Augenflimmern, Bewegungsbeschränkung constatirbar, diese Symptome haben sich zurückgebildet.

2. v. Lénárt: Fall von Scleroma laryngis.

30 Jahre alter Bauer begann im Jahre 1901 zu husten, nach einer Woche Schwerathmigkeit. 19. November Tracheotomie, nach 6 Wochen konnte die Canüle entfernt werden. Nach Monaten abermalige Schwerathmigkeit.

Laryngoskopisches Bild: Stimmbänder, besonders das linke, verdickt. Die Schleimhaut unter den Stimmbändern ragt beiderseits in Form von dicken Wülsten in das Kehlkopfinnere hinein, wodurch dasselbe beträchtlich verengt ist. Blassrothe, von feinhöckeriger Oberfläche, mit schmutzig-braunen Borken bedeckte Wülste. Bei Phonation bewegt sich das rechte Stimmband frei, das linke zeigt geringe Beweglichkeit. Die Stimme ist verschleiert.

Rhinoscopia post.: Beiderseits, der Plica salpingo-pharyngea entsprechend, befinden sich zwei längliche, dicke Wülste von rother Farbe und glatter Oberfläche, die unter den Tubenöffnungen beginnend, nach unten allmählich flach werden. Den Rosenmüller'schen Gruben entsprechend beiderseits zwei runde, roth-

gefärbte, glatte Knoten. Die Schleimhaut des Fornix ist theilweise mit graulichbraunen Borken bedeckt. In der Nase links starke Crista septi. Mittlere Muschel hypertrophisch, liegt eng an dem Septum an, das vordere Ende derselben ist ausgesprochen infiltrirt und von feinhöckeriger Oberfläche. Der untere Nasengang eng, auf dem Septum sind mehrere flache, erbsengrosse, fein höckerige Knoten sichtbar. Auf dem Nasenboden mehrere höckerige, flach aufsitzende Knoten. Sowohl diese Knoten als die Wülste des Naso-pharynx und des Kehlkopfes erweisen sich bei Sonden-Untersuchung von harter Consistenz.

Die Diagnose wurde auf Sklerom der Nase, des Nasopharynx und des Kehlkopfes gestellt, was auch durch die histologische Untersuchung bestätigt wurde.

Der O' Dwyer'sche Tubus No. 15 konnte leicht eingeführt werden. Seither systematische Erweiterung. Nach 14 Tagen Tubus No. 19 auf die Dauer von 8 Stunden.

Jetzt athmet der Pat. ganz frei, die subglottischen Wülste sind beiderseits ganz abgeflacht, was besonders auf der linken Seite in auffallender Weise constatirbar ist.

Vortragender erwähnt, dass der Pat. aus einer Gegend stammt, die sehr gesund ist, und dass weder in seiner Familie, noch in der ganzen Umgebung Jemand an einer ähnlichen Krankheit gelitten hat.

Discussion:

Baumgarten hat vor nicht langer Zeit einen Pat. mit Rhinosklerom vorgestellt, der seit 18 Jahren Budapest nicht verlassen hatte.

3. Desider v. Navratil (als Gast) hält einen Vortrag über die Lymphgefässe des Kehlkopfes und demonstrirt hierauf bezügliche Präparate.

Vor der Demonstration erwähnt er kurz die Methoden, welche von den frühesten Zeiten an von den einzelnen Anatomen zur Sichtbarmachung der Lymphgefässe gebraucht wurden, so das Anfaulenlassen, das Anfüllen mit Milch oder Tinte etc.

Vortragender untersuchte die Kehlköpfe von 3 Neugeborenen und injicirte sie nach der Gerota'schen Methode. Um das Präpariren zu erleichtern, entfernte er mit dem Kehlkopfe zugleich die übrigen Cervicalorgane, wie es auch von Most gemacht wurde, um durch die Laryngofissur die am vorderen Theil des Larynx laufenden Lymphgefässe nicht zu verletzen; den Kehlkopf eröffnete er von hinten und injicirte an verschiedenen Stellen der wahren Stimmbänder der Schleimhaut und des Kehlkopfes.

Vortragender beschäftigte sich weniger mit den oberen Lymphgefässen, da diese von Sappey schon ausführlich beschrieben sind, sondern hauptsächlich mit den unteren Lymphgefässen und referirt über seine Untersuchungen Folgendes: In den 3 Fällen fand er zwei Mal einen Lymphknoten am Lig. conicum, welcher nicht, wie Most sagt, ein, sondern zwei, manchmal sogar drei Lymphgefässe aufnimmt. In einem Falle gelang es, das das Ligam. con. durchbrechende Lymphgefäss bis zu den oberen jugulären Drüsen zu verfolgen und in diesem Falle waren zwei Drüsen injicirt. In keinem der 3 Fälle gelang es aber, auf den wahren Stimmbändern ein Lymphgefässnetz herzustellen, wie es Most gelang, doch sah Vortr. das Netz, welches Most an der vorderen Wand der Trachea erwähnt; auch gelang

es in allen 3 Fällen, die Paralaryngealdrüsen zu injiciren, welche Poirier und Testut erwähnen, obwohl in 2 Fällen eine Paralaryngealdrüse vorhanden war.

Vortr. wollte die Lymphgefässe des Larynx aus dem Grunde demonstriren, weil dieses Thema heutzutage besondere Wichtigkeit gewonnen hat dadurch, dass zur operativen Behandlung des Krebses die Kenntniss des Lymphgefässsystems unbedingt nothwendig ist.

Discussion:

Fischer: Die Lösung dieser Frage besitzt eminent praktische Wichtigkeit. Die radicale Richtung der Carcinomoperationen verlangt, dass die längs der grossen Gefässe liegenden Lymphdrüsen entfernt werden, aus diesem Grunde müssen die Jugularvenen frei präparirt werden. Zu diesem Behufe empfehle ich den Schnitt, welchen wir bei ausgedehnten Lymphomen des Halses auszuführen pflegen. Derselbe zieht vom Proc. mast. zum Angulus und den hinteren Rand des Sternocleidomast. entlang, so dass das ganze Terrain vor uns liegt und die Drüsen total entfernt werden können.

---

d) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Sitzung vom 9. März 1900.
Vorsitzender: Barclay Baron.

Der Vorsitzende giebt dem Bedauern der Gesellschaft Ausdruck über den Tod des früheren Präsidenten Mc Neill Whistler.

Es folgt die Special-Discussion über: Die zur Rachen- und Kehlkopftuberculose disponirenden und eine solche vortäuschenden Momente.

Lennox Browne (Referent): Redner erörtert alle jene Bedingungen, die zu einem chronischen Katarrh der oberen Luftwege führen und so den Boden für die Entstehung der Tuberculose vorbereiten können. Als ein solches Moment betrachtet er z. B. Hyperplasie der Mandeln, besonders wenn gleichzeitig Schwellung der Cervicaldrüsen vorhanden ist; daran, dass active tuberculöse Processe in diesen hyperplasirten Tonsillen ihren Sitz haben, glaubt er nicht. In vielen hundert Fällen, die er von Wyatt Wingrave hat mikroskopisch untersuchen lassen, ist auch nicht in einem der histologische Nachweis gebracht worden, dass wirklich Tuberculose vorlag.

Es werden eine Anzahl von Fällen angeführt, die zum Beweise dafür dienen sollen, dass eine tuberculöse Affection der Lungen günstig beeinflusst werden kann durch Beseitigung etwa in den oberen Luftwegen vorhandener irritirender Momente. Gegen entzündliche Reizungszustände in Larynx und Trachea empfiehlt Redner Injectionen von Guajacol gemischt in gleichen Theilen mit Mandelöl.

Thorowgood macht auf die Bedeutung der Anämie der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut als ein Zeichen aufmerksam, das schon in frühen Stadien den Verdacht auf Bestehen einer Lungenaffection erregen kann.

Macintyre räth zur activen Behandlung der prätuberculösen Kehlkopfkatarrhe.

Mayo Collier betont die Wichtigkeit einer freien Nasenathmung und weist auf die baktericiden Eigenschaften des Nasensekrets hin.

Foster Palmer hat Lungenphthise in einigen Fällen nach Operationen in der Nase entstehen sehen. Er glaubt, dass die Bacillen möglicherweise Eingang gefunden haben während der unmittelbar auf die Operation folgenden Periode, in der die Nasensekretion alterirt war und in Folge dessen ihre baktericide Wirkung zum Theil oder ganz eingebüsst hatte.

Sitzung vom 8. April 1901.

Vorsitzender Mayo Collier.

Der Vorsitzende: Ein Fall von anfallsweise auftretenden heftigen halbseitigen Stirnkopf- und Orbitalschmerzen nasalen Ursprungs.

Es fand sich bei der Patientin eine grosse, gegen das Septum drückende Hyperplasie der rechten mittleren Muschel, nach deren Zerstörung mittelst des Galvanokauters die Schmerzen definitiv verschwanden.

Stoker: Ein Fall von Geraderichtung der Nase.

Nourse: Congenitale Syphilis der oberen Luftwege.

19jähriger Mann mit ausgedehnten ulcerativen Zerstörungen in Nase, Nasenrachen, Pharynx und Kehlkopf.

Bark: Cysten in der Fossa glosso-epiglottica.

B. fand bei einem 30jährigen Mann, der seit Jahren an vermehrter Speichelsecretion und einem Fremdkörpergefühl im Halse litt, das ein fortwährendes Bedürfniss zu schlucken im Gefolge hatte, drei praeepiglottische Cysten, von denen die grösste ungefähr die Grösse einer Weinbeere hatte.

Ein Fall von Epitheliom der rechten Stimmlippe, vier Jahre nach der Operation.

Dem 45jährigen Patienten war im März 1897 vom Redner die rechte Stimmlippe, Taschenlippe und Aryknorpel durch Laryngofissur entfernt worden. Mikroskopische Untersuchung ergab Carcinom; eine Mikrophotographie des Präparates wird demonstrirt. Es ist kein Recidiv aufgetreten. Pat. spricht mit ausreichender Stimme. Der Kehlkopfspiegel zeigt an Stelle der entfernten Stimmlippe ein festes Narbenband.

Lennox Browne beglückwünscht den Redner zu dem Erfolg. Er selbst hat die Operation wegen Carcinom bei 5 Patienten ausgeführt, die 8, 6, 4 und 3 Jahre lang frei von Recidiven sind.

P. H: Abercrombie für Orwin: Ein Fall von Pharynxtumor.

Bei dem 37jährigen Patienten fand sich eine grosse rundliche Geschwulst, dem Aussehen nach nicht unähnlich einer stark hyperplasirten Gaumentonsille, die hinter dem rechten hinteren Gaumenbogen sich bis zur Mittellinie der hinteren

Pharynxwand erstreckte; ihre obere Grenze war vom weichen Gaumen, ihre untere vom Zungengrund verdeckt. Die Geschwulst fühlte sich sehr hart an und war frei verschieblich. Redner glaubt, dass es sich um ein Sarcom handelt, das mehr oder minder eingekapselt ist und räth zur Operation.

Kelson hat zwei ähnliche Fälle gesehen, die durch Operation geheilt wurden.

Sitzung vom 10. Mai 1901.

Vorsitzender: Mayo Collier.

Lennox Browne: Lymphosarkom des Pharynx.

Es handelt sich um den in der vorigen Sitzung vorgestellten Patienten. Der Tumor ist entfernt worden nach vorausgehender Tracheotomie und Einlegung einer Hahn'schen Tamponcanüle. Die Entfernung der Geschwulst, die zum Theil eingekapselt war, geschah stückweise. Die Blutung war gering. Die Heilung ging gut von Statten, Patient hat an Gewicht zugenommen.

Wyatt Wingrave berichtet über den mikroskopischen Befund. Die Geschwulst bestand im Wesentlichen aus kleinen Rundzellen, zum Theil lymphoiden Charakters. Es handelt sich um ein Rundzellensarkom von — nach des Redners Ansicht — verhältnissmässig geringer Bösartigkeit.

In Beantwortung einer diesbezüglichen Anfrage räumt Lennox Browne die Möglichkeit eines Zusammenhangs zwischen dem Entstehen derartiger Geschwülste und einer beständigen Staubinhalation ein.

Wyatt Wingrave: Larynxtuberculose bei einem 16jährigen Knaben.

Der Fall zeigt alle Charaktere der pachydermatischen Form von Kehlkopfschwindsucht. Im Sputum Tuberkelbacillen.

Mayo Collier: Ulceration am Mundboden.

Patient wurde vor 6 Monaten mit einer Nekrose der Tibia syphilitischen Ursprungs und einer Ulceration am Mundboden aufgenommen, welch letztere einen ausgesprochen epitheliomatösen Eindruck machte. Der Zustand des Patienten war derart, dass eine radicale Operation ausgeschlossen werden musste. Er wurde mit Quecksilber und Jodkali behandelt, und unter der 3 Monate lang durchgeführten Behandlung heilte nicht nur die Affection am Bein, sondern — zum allgemeinen Staunen — auch die Ulceration am Mundboden völlig. Vor einigen Tagen stellte sich Patient wieder vor mit einem tiefen Ulcus an der früheren Stelle des Mundes; der ganze Mundboden ist hart und infiltrirt, die Submaxillardrüsen geschwollen. Die Erkrankung hat das Aussehen eines typischen Epithelioms.

Chichele Nourse: Rhinitis atrophicans mit Keilbeinhöhlen-Empyem.

Ein Fall von totaler Lähmung des rechten Stimmbandes.

Patient, ein 34jähriger Mann, erwachte eines Morgens aphonisch. Man fand das rechte Stimmband unbeweglich in Cadaverstellung und zugleich völlig er-

schlafft, so dass sein freier Rand einen unregelmässigen Bogen bildete. Redner denkt in Folge dessen an eine Mitbetheiligung des M. crico-thyreoideus. Er nimmt die Möglichkeit an, dass in Folge eines Katarrhs der oberen Luftwege die an der Schädelbasis in der hinteren Pharynxwand gelegenen Lymphdrüsen vergrössert seien und auf den Vagus drücken.

Barclay Baron führt einen von ihm beobachteten Fall rechtsseitiger Recurrenslähmung an, in dem erst die Untersuchung mit Röntgenstrahlen als Ursache für die Lähmung ein grosses Aneurysma aufdeckte.

Lennox Browne glaubt, dass es sich auch hier um ein Aneurysma handelt und empfiehlt die Röntgen-Untersuchung.

Abercrombie: Ein Fall von Pachydermia laryngis.

Patient ist ein Mann von 70 Jahren.

Ein Fall von Oesophagus-Carcinom, das auf den Pharynx übergreift.

Fall von bullöser Hyperplasie der mittleren Muschel.

Die Beschwerden des Patienten bestanden in Kopfschmerzen; sie verschwanden nach Abtragung der sehr grossen Hyperplasie. Eiter war in diesem Falle nicht vorhanden.

Percy Jakins: Fall von maligner Erkrankung des Oberkiefers.

42jährige Frau mit tiefer Ulceration auf der linken Seite des harten Gaumens. Die Erkrankung begann als kleines Geschwür nahe am ersten Molarzahn.

Der Vorsitzende und Grant stellen die Diagnose auf Carcinom und rathen zur Operation.

Sitzung vom 12. Juli 1901.

Vorsitzender: Mayo Collier,

Der Vorsitzende: Epitheliom des Oberkiefers.

An der Patientin, einer 63 jährigen Frau, ist vor 9 Monaten die totale Resection des linken Oberkiefers ausgeführt worden wegen eines Carcinoms der linken Oberkieferhöhle, welches auch den Alveolarfortsatz ergriffen hatte. Es ist kein Recidiv eingetreten; die Deformität ist geringfügig.

Barclay Baron: Ein Fall von Juxtapposition der Stimmlippen.

Der Fall hat jeder Behandlung widerstanden und wird behufs Stellung der Diagnose vorgestellt.

Woods hält eine functionelle Störung für vorliegend und räth zu Chloroform-Inhalationen.

Culver James empfiehlt Kauterisation der Zungengrundvenen mit Rücksicht auf den durch diesen Eingriff bewirkten hypnotischen Effect.

Lennox Browne glaubt im Gegensatz dazu, dass hier eine abnorme Span-

nung der Stimmbänder — eine Art Tenesmus derselben — vorliegt, die als eine von den Varicositäten an der Zungenbasis ausgehende Reflexwirkung anzusehen ist. Eine Beseitigung jener würde nicht nur suggestiv wirken, sondern dadurch, dass das Reflex auslösende Moment beseitigt wird.

Lennox Browne: Ein ungewöhnlicher Fall von Erkrankung der Oberkieferhöhle.

Der Patientin, die über wässrigen Ausfluss aus der rechten Nase klagte, war zwei Mal die rechte Oberkieferhöhle von der Fossa canina aus eröffnet worden und jedes Mal waren grosse Mengen myxomatöser Geschwulstmassen entfernt worden. Seit der zweiten Operation klagte Patientin über Nasenverstopfung; es zeigte sich, dass eine Geschwulst von der Highmorshöhle aus in die Nase hineingewuchert war, die letzte ganz erfüllte und aus der Choane in den Rachen hineingewachsen war. Sie wurde vom Munde aus entfernt.

Prätuberculöse Beschaffenheit des Larynx bei einer 20 Jahre früher wegen traumatischer Perichondritis behandelten Patientin.

Patientin hatte im Jahre 1882, damals 19 Jahre alt, einen Knochen aspirirt. Es bestanden Schluckschmerzen, Temperatursteigerung, Nachtschweisse und Aphonie. Die Schleimhaut des Rachens und des Kehlkopfs wurde anämisch gefunden, es bestand leichte Schwellung des rechten Aryknorpels und der interarytaenoidalen Schleimhaut.

Fast 20 Jahre später, 1901, kam Patientin wieder, abermals aphonisch. Die Untersuchung ergab jetzt physikalische Symptome von Lungentuberculose; auch fanden sich im Sputum Tuberkelbacillen.

Sarcom des Pharynx.

Derselbe Patient, der in der März- und Maisitzung vorgestellt wurde. Er ist bis jetzt recidivfrei.

Sarcom der Tonsille.

Ein 66jähriger Mann, der die grösste Zeit seines Lebens in Tabaklagereien beschäftigt war, mit bösartiger Geschwulst der rechten Tonsille.

Dundas Grant: Postdiphtherische Lähmung nach einer leicht verlaufenden Diphtherie bei einem 14jährigen Mädchen.

Der Fall soll illustriren, welches Missverhältniss bestehen kann zwischen der Toxinmenge und den toxischen Symptomen.

Mac Call: Fall von tuberculöser Laryngitis.

Es waren tuberculöse Granulationen in der vorderen Commissur vorhanden. Da Curettement und Milchsäurebehandlung keine Besserung herbeiführten, so versuchte Redner die Anwendung von Insufflationen von Resorcin, gemischt mit Orthoform im Verhältniss 1 : 3, welche einen Tag um den andern gemacht wurden. Der Erfolg dieser Behandlung war ein sehr guter.

Grant bestätigt aus eigener Erfahrung die Nützlichkeit der Resorcin-Orthoform-Insufflationen.



Discussion über **Pharynxtumoren vom klinischen Gesichtspunkte aus betrachtet.**

Robert Woods (Referent) führt zunächst einige Fälle eigener Beobachtung an:

1. 28jähriger Mann mit wallnussgrossem ulcerirten Tumor der hinteren Pharynxwand, der seit 2 Monaten sich durch Schluckschmerzen bemerkbar gemacht hatte. Mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Geschwulst lymphatischen Charakter hatte, sich in nichts von adenoidem Gewebe unterschied und keine histologische Kennzeichen von Malignität aufwies. Nach vorangängiger Tracheotomie wurde der Tumor ausgekratzt und die Wundfläche mit dem Galvanokauter verschorft. Nach 2 Monaten Recidiv. Pat. ging unter Marasmus zu Grunde.

2. Flache, brüchige Geschwulst der rechten Seite der hinteren Pharynxwand, die sich von der Schädelbasis bis zum Larynxeingang erstreckt. Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückchens ergab, dass die Geschwulst aus Fettgewebe bestand. Redner glaubt, dass es sich um ein Lipom handelt. Pat. befindet sich seit fast einem Jahr in Beobachtung. Die Geschwulst ist nicht merklich gewachsen und macht, ausser geringen Luftbeschwerden in der Nacht, keine nennenswerthen Symptome. Pat. ist 55 Jahre alt.

3. 17jähriger junger Mann mit Naevi des Rachens. Es sind 3 Pigmentmale vorhanden, eins an der Zungenbasis, eins am vorderen Gaumenbogen, eins an der linken Seite der hinteren Pharynxwand.

4. 62jährige Frau mit rechtsseitiger Stimmbandlähmung und einem Tumor auf der rechten Seite der hinteren Pharynxwand, der nach unten sich fast bis zum Larynx erstreckt und sich steinhart anfühlt. Der Tumor zeigt keine Neigung zum Wachsthum. Redner ist auf Grund wiederholter Untersuchungen zu der Ueberzeugung gelangt, dass es sich um eine Exostose handelt.

5. Mann von 24 Jahren mit grosser maligner Geschwulst der rechten Pharynxhälfte, des Larynx und des äusseren Halses. Untersuchung ergab: Spindelzellsarcom. Wegen Dyspnoe wurde die Tracheotomia superior gemacht. Im Anschluss daran Erysipel, im Verlauf dessen der Tumor auf die Hälfte seiner ursprünglichen Grösse einschrumpfte. Auf Betreiben des Patienten wurde der Rachentumor vom Munde aus und die Drüsen von aussen operirt. Recidiv und zweite Operation. Pat. ist ausser Beobachtung gekommen. Was die Details des bei Pharynxtumoren einzuschlagenden chirurgischen Verfahrens betrifft, so ist Verf. in jedem Falle für die vorherige Eröffnung der Luftwege und zwar zieht er die Laryngotomie der Tracheotomie vor. Da der im Handel verkaufte Trendelenburg'sche Apparat ihm zu gross und ungeschickt ist, so hat Redner eine gewöhnliche doppelte Trachealcanüle dem vorliegenden Zweck entsprechend modificirt. Zur Entfernung des Blutes vom Operationsfeld hat Redner einen Aspirationsapparat angegeben, der nach dem Princip der von den Zahnärzten zur Aspiration des Speichels gebrauchten Apparate construirt ist.

Von Fibromen des Nasenrachens hat Redner 6 Fälle behandelt, welche sämmtliche männliche Individuen kurz nach der Pubertät betrafen, die alle aus einem und demselben District im Nordwesten von Irland kamen. In den meisten Fällen hat

er sich zur Entfernung dieser Tumoren der galvanokaustischen Schlinge bedient. Niemals hat er es nöthig befunden, zu einem grösseren chirurgischen Eingriff z. B. Spaltung des harten Gaumens, seine Zuflucht zu nehmen. Er verwirft derartige Operationen völlig, denn die gründliche Entfernung der ganzen Geschwulst ist nach Ansicht des Redners weder immer möglich, noch im Interesse des Patienten durchaus geboten. Es genügt, wenn der prominente Theil der Geschwulst entfernt wird; man beobachtet dann auch, 'dass der übrig bleibende Theil nicht weiter wächst. Verf. hat in einigen Fällen, nachdem die Anwendung der Schlinge nicht mehr möglich war, ein nach Art des Gottstein'schen construirtes Ringmesser gebraucht, dessen aus Platindraht bestehende Schneide in ein elektrischen Stromkreis eingeschaltet wurde und das er dann in den Tumor einsenkte.

Lennox Browne hält die Furcht vor gefährlichen Blutungen bei der Entfernung der Nasenrachenfibrome für unbegründet. Er erwähnt als seltene Vorkommnisse die Lipome, von denen 2 Fälle in der Transact. of the Pathologic. Society niedergelegt sind, einer von Barnard Holt, der andere von Frederick Taylor. Ferner erinnert er daran, dass das Vorhandensein von Pharynxgeschwülsten vorgetäuscht werden kann durch Verbiegungen der Halswirbelsäule. Die häufigsten Tumoren in den tieferen Theilen des Pharynx sind lymphatische Geschwülste, bisweilen auch Lymphosarcome; doch sind diese von nur geringer Bösartigkeit im histologischen Sinne. In einem vom Redner operirten Fall ist bisher kein Recidiv aufgetreten, ebenso hat er in Burnett's System of Surgery einen Fall beschrieben, der mit dem Galvanokauter operirt worden war und nicht recidivirte, obwohl die mikroskopische Untersuchung Lymphosarcom ergeben hatte.

Dundas Grant hat ein hinter dem weichen Gaumen sitzendes und denselben nach vorn drängendes Adenofibrom aus der Schleimhaut herausschälen können.

Hillis (Dublin) hofft, dass diese Discussion dazu beitragen wird, vielen Chirurgen die Scheu zu benehmen, mit der sie an die Operation auch kleiner Pharynxgeschwülste herangehen.

Lodge (Bradford) berichtet über ein kleinzelliges Sarcom des Nasenrachens mit Betheiligung der Cervicaldrüsen.

Der Vorsitzende erinnert den Ausführungen Lennox Browne's gegenüber daran, dass die Pharynxregion ungemein blutreich ist, Operationen in derselben daher stets mit Gefahr der Blutung verbunden sind und kommt zu dem Schluss, dass es nutzlos sei, ausgedehnte maligne Tumoren der Tonsillen oder Lymphosarcome des Pharynx zu operiren.

Sitzung vom 8. November 1901.

Vorsitzender Macintyre.

Lennox Browne: Demonstration der Nernstlampe als Lichtquelle für rhino-laryngologische Untersuchungen.

Mayo Collier: Ein inoperabler Fall von maligner Geschwulst des Mundbodens.

Mayo Collier: Oberkieferhöhlenempyem mit Facialislähmung.

Betrifft eine 22jährige Frau; das Empyem war wahrscheinlich dentalen Ursprungs. Nach Eröffnung der Höhle verschwand die Lähmung.

Mayo Collier: Zusammenhang zwischen Nasenerkrankung und Asthma.

Der 45jährige Patient litt seit 19 Jahren an asthmatischen Anfällen. In der Nase fanden sich Schleimpolypen. Nach Extraction der letzeren ist Patient seit 3 Monaten ohne Anfall.

Chichele Nourse: Verschwinden einer Kehlkopfgeschwulst nach Entfernung von Nasenpolypen.

Pat. hatte im mittleren Nasengang beiderseits Schleimpolypen. Im Kehlkopf fand sich ungefähr in der Mitte des linken Stimmbands, etwas subglottisch sitzend, ein kleiner Tumor. Beide Stimmlippen waren geröthet und am freien Rand etwas uneben. Einige Monate nach Operation der Nasenpolypen zeigte sich, dass der Kehlkopftumor, ohne dass irgend welche locale Behandlung stattgefunden hatte, verschwunden war.

Abercrombie: Ein Fall von schwarzer Zunge.

Der 32jährige Patient klagte über ein Kitzelgefühl im Halse. Auf der Zungenbasis in der Gegend des Foramen coecum fand sich eine mit schwarzen Haaren besetzte Stelle.

Wyatt Wingrave hat Partikelchen der erkrankten Zungenpartie mikroskopisch untersucht. Das Resultat der Untersuchung war dasselbe, wie in anderen 6 von ihm untersuchten Fällen, d. h. die Papillen waren umgewandelt in bürstenartige Bündel von langen, feinen, haarähnlichen Fäden. Jeder Faden bestand aus kernlosen Hornzellen, die in Folge des in ihnen enthaltenen Pigments ein gelblich-braunes Aussehen zeigten. Mikroorganismen spielen bei dieser Braunfärbung keine Rolle.

Lennox Browne: Vorbereitung und Nachbehandlung bei Operationen in Mund- und Rachenhöhle.

Redner hat bisweilen nach Tonsillotomieen einen unter Fiebererscheinungen einhergehenden Hautauschlag auftreten sehen, der seinem Aussehen nach schwer von einem Scharlachexanthem zu unterscheiden war und der eine — wenn auch unvollkommene — Abschuppung im Gefolge hatte. Er hält diesen Ausschlag für den Ausdruck einer — freilich nur leichten — Infection der Kinder und empfiehlt, diese Operation unter Befolgung der für die Chirurgie maassgebenden Principien zu machen. Er lässt den Mund — und vor Operation der adenoiden Vegetationen — auch den Nasenrachen mit 1 promilliger Chinosollösung auswaschen und die operirten Patienten 2—3 Tage im Bett halten.

Wyatt Wingrave glaubt, dass in den Tonsillen Alexine gebildet werden, durch welche die septischen Producte der Mikroorganismen neutralisirt werden. So erklärt es sich, dass Secundärinfectionen nach Tonsillotomieen nicht häufiger sind.

Ernst Waggett.

e) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 7. November 1902.

Finder fand bei der Auskratzung einer mit Polypen und Granulationen ausgefüllten Oberkieferhöhle einen etwas harten Granulationstumor, in dem eine alte Zahnwurzel eingebettet lag; wahrscheinlich war sie bei einer früheren Zahnextraction in die Höhle hineingeschoben worden.

Oberwarth: Primäre Angina gangraenosa bei einem Knaben.

Der 12jährige Patient kam wegen eine Woche bestehender Hals- und Ohrenschmerzen in Behandlung; am 25. November v. J. war die linke Tonsille roth und zeigte einen stinkenden Belag, der sich bis auf den hinteren Gaumenbogen erstreckte; am Velum eine Ulceration, Cervicaldrüsen links geschwollen, Fieber, das nach acht Tagen schwand. Um diese Zeit gelblich belegter Defect auf der Tonsille. Nach 10 Tagen zeigte sich auf der rechten Seite eine abziehbare Auflagerung, kleine gelbe Infiltrate, Fötor in Folge eines brandigen Geschwürs der rechten Tonsille. Behandlung wie auch vorher mit 10proc. Chromsäurelösung. Es stossen sich stinkende Fetzen ab. Nach wieder 11 Tagen links Gangrän. Während dieser Zeit zeigten sich Hautpetechien; vier Tage später Temperatur 40,1° C., Halsschmerzen links; blutiger Auswurf, Drüsenschwellung, schlechtes Allgemeingemeinden, systolisches Herzgeräusch. Dann ging es dem Patienten vier Wochen leidlich; dann trat ein neuer Anfall ein, am 16. Februar Knoten in Lippe und Wange, linke Tonsille schwarz, die Gangrän schreitet auf die seitliche Pharynxwand fort: am 26. Februar Tod.

Auszuschliessen war acute Leukämie; die mikroskopische Untersuchung einer nekrotischen Mandelpartie zeigte Epithelzerstörung, einige intacte Schleimdrüsen, in der Tiefe Durchwucherung mit Streptokokken.

Es traten fünf Anfälle bald rechts, bald links auf, der Verlauf war ein chronischer. Die Angina gangraenosa kann anfangs einen harmlosen Charakter vortäuschen, dann aber tritt unter Schüttelfrost die Gangrän ein. Im ersten Stadium ist die Diagnose ungemein schwer; man muss denken an Scharlach, Diphtherie, Angina Vincenti, Syphilis, Endocarditis; Haut- und Netzhautblutungen sind typisch; auffallend war hier das schlechte Allgemeinbefinden.

Ob die Prognose abhängig ist von der Ausdehnung der Gangrän, ist fraglich. Es scheint sich um eine Infectionskrankheit zu handeln, deren Lieblingssitz der Rachen ist, deren Träger aber einstweilen noch nicht sichergestellt sind.

Claus: Mittheilungen über die Durchleuchtung der Stirnhöhlen.

C. hat an 117 Leichen nach der gewöhnlichen und der A. Meyer'schen Methode eine Durchleuchtung der Stirnhöhlen vorgenommen und die Resultate durch Eröffnung derselben geprüft. In 91 pCt. der Fälle fand er eine Uebereinstimmung beider Methoden; bei den übrigen war die alte in $^2/_3$ der Fälle besser, in $^1/_3$ versagte die neue; beim Fehlen der Stirnhöhlen giebt diese bessere Resultate.

Es ist zu beachten, dass, wenn die Vorderwand blutreich und dick ist, eine Verdunkelung eintritt.

In 45pCt. seiner Fälle fanden sich rechts und links gleiche Durchleuchtungsergebnisse; das Vorhandensein von seröser Flüssigkeit oder selbst dünnflüssigen Eiters machen keinen Unterschied.

Ihre Grösse lässt sich mittelst der Durchleuchtung nicht mit Sicherheit feststellen, immerhin giebt dabei die Meyer'sche Methode bessere Resultate.

Der Grad der Dicke der Schleimhaut spielt für das Durchleuchtungsergebniss keine grosse Rolle.

Heymann: Meyer hat nur behauptet, dass seine Methode in einigen Fällen nützt und leicht anwendbar ist.

Flatau fand bei Anfüllung der Höhlen mit massenhaften Granulationen regelmässig Verdunkelung.

Schötz: Pharynxtuberculose bei Kindern.

Sch. berichtet über zwei kurz hintereinander beobachtete Fälle. Der erste, ein 10jähriges Kind, kam am 8. Januar 02 wegen seit 5 Tagen bestehender Halsschmerzen in Behandlung. Der Gaumen war hochroth, geschwollen und ebenso wie hintere Rachenwand und Nasopharynx mit festhaftenden grauen Membranen bedeckt; Kehldeckel verdickt und belegt; Drüsenschwellung, Fieber. Es schien sich um Diphtherie zu handeln. Am 8. Februar 02 entzündliche Röte der Schleimhaut, sie sieht glasig aus und ist durchsetzt mit grauen und gelben Punkten und Ulcerationen; Zunahme der Drüsenschwellung. Temp. 40,2° C., Dämpfung im linken Oberlappen, Tuberkelbacillen im Geschwürssecret und Sputum. 25. März 1902 Tod.

Vater an Tuberculose gestorben; im November 1901 hatte Pat. links Ohrenlaufen, Drüsenschwellungen, Halsschmerzen und Bruststiche.

Im zweiten Falle hat der 8jährige Patient einige Tage, bevor er in Behandlung kam, Halsschmerzen. Grauweisse, trübe, sulzige Schwellung der hinteren Rachenwand, das Velum ist links mit Knötchen durchsetzt, Halsdrüsenschwellung, Lungen frei. Eltern und Geschwister gesund. Vor 4 Jahren hatte Pat. Diphtherie, Gelenkrheumatismus und Ohrenlaufen links. Im October v. J. scrophulöse Ausschläge. Am 27. Februar 02 Temp. 40° C., am 28. Februar Otorrhoe; im Pharynx flache Ulcera, Schluckschmerzen bis auf ein Minimum geschwunden. 10. März Erythem exsudat. multiforme, das nach einigen Tagen schwindet. Zunahme der Geschwüre, die sich bald reinigen. 3. April Allgemeinbefinden leidlich, Lunge frei. 14. April im Sputum reichlich Bacillen. Diarrhoeen. 6. Mai Tod. Die Pharynxschleimhaut zeigte bei der Section eine rauhe, villöse Oberfläche bis in die Sin. piriform. hinein, Epiglottis geschwollen, zottig, Zungengrund geschwürig zerfressen, Taschenbänder und aryepiglottische Falten infiltrirt. Der Verlauf erstreckt sich meist auf wenige Monate, Ausgang stets letal. Ob es eine primäre Pharynxtuberculose giebt, ist noch fraglich; die Plötzlichkeit des Auftretens weist auf eine Infection durch die Blutbahn hin.

Die Diagnose ist im Anfang oft schwer; es kann im ersten Stadium eine Verwechslung mit Diphtherie entstehen, dagegen ist die Rachentuberculose leicht

abzugrenzen gegen Lupus, Syphilis und Pseudoleukämie, in welch letzterem Falle der Geschwulstcharakter für diese entscheidet. A. Rosenberg (Berlin).

---

f) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohren-Aerzte.

IX. Sitzung vom 27. April 1902 (Köln).

I. Hirschmann(-Köln): Ein Fall von hornförmigem Auricular-Anhang neben Fistula auris congenita (Demonstration).

II. Hopmann(-Köln): 3 Fälle von Mandelpolyp (Tonsilla pendula).

Im ersten Fall (31 jährige Krankenschwester) handelte es sich um einen Tumor von der Grösse einer dicken Bohne. Derselbe verursachte Schluck- und Sprechbeschwerden, die durch Beiseiteschieben der Geschwulst mit den Fingern von der Patientin gehoben werden konnten. Der Tumor entsprang dünngestielt von der vorderen unteren Peripherie einer Hohlnische, die von den inneren Schenkeln des vorderen und hinteren Bogens gebildet wurden; entfernt wurde die Geschwulst mit der galvanokaustischen Schlinge; der mikroskopische Befund ergab Mandelgewebe.

Der zweite Mandelpolyp wurde bei einem 12 jährigen Mädchen festgestellt, die an Schluck- und Sprechbeschwerden litt. Der Tumor, ca. 3 cm lang und von der Dicke eines kleinen Fingers, inserirte gestielt an der Innenfläche des vorderen Bogens, dicht oberhalb der etwas vergrösserten Gaumenmandel.

Im dritten Fall handelte es sich um ein grosses, vom linken hinteren Bogen ausgehendes Fibrom bei einem 26 jährigen Manne. Der Tumor hatte eine Länge von ca. 5 cm und Dicke und Breite von ca. 3 cm und hatte dem Patienten, zumal ihm die Geschwulst beim Bücken ab und an zwischen die Zähne gerieth, grosse Beschwerden verursacht, die sich in Husten- und Erstickungsanfällen äusserten.

III. A. Lieven(-Aachen): Zur Behandlung der syphilitischen Schleimhaut-Erkrankungen.

Der Vortragende bespricht ausschliesslich die secundären und tertiären Mundhöhlen-Erscheinungen und stellt für die Allgemeinbehandlung der secundären Periode das Quecksilber in den Vordergrund. Wo dasselbe versagt, bei nächtlichen Kopf- und Knochenschmerzen etc., wendet L. Jodkali an. Als Darreichungsform des Hg wird die Schmiercur bevorzugt, womöglich in Verbindung mit Thermalbädern und reichlicher körperlicher Bewegung; bei dieser Behandlung konnte im Urin 3—6 mg Hg nachgewiesen werden. L. ist Anhänger der Neisser-Fournier-schen chronisch intermittirenden Behandlung. In Fällen, wo Schmiercur nicht vertragen wird oder aus anderen Gründen nicht anwendbar oder wirkungslos ist, geht L. zu Injectionen von Hg. salicyl. über.

Bei tertiären Formen wird Jod bis zu 6 g pro die, eventuell als Klysma gegeben, doch geht L., sobald eine günstige Wirkung desselben auf die Geschwüre zu constatiren ist, auch wieder zum Hg über. Bei sehr malignen Formen, zum Zerfall neigenden Infiltraten des Rachens etc., wo Jodkali, Schmiercur und Injection

erfolglos bleiben, wurden mit Einspritzungen von Calomel (1 : 9 Paraffin) gute Erfolge erzielt. Endlich wird für Fälle, wo Hg und Jod versagen, noch die Sarsaparilla (Decoct. Zittmann) in eingedickter Form (nach Kobert) angewandt.

Bezüglich der localen Behandlung legt L. besonderen Werth auf die Mundpflege (Verbot von Tabak und Alkohol). Für die Kauterisation erodirter Papeln wird 60—90 pCt. Chromsäurelösung verwandt, eventuell combinirt mit Lapis-Aetzung; als Gurgelwasser wird eine Alkohol-Thymol-Lösung verordnet. Luxurirende Papeln werden mit dem Galvanokauter abgetragen. Bei acuten specifischen Anginen sieht L. von Aetzungen ab.

Vor zu energischer Localbehandluug wird gewarnt bei tertiären Erscheinungen; hier tritt die Allgemeinbehandlung in den Vordergrund. In seltenen Fällen, z. B. bei speckigen torpiden Geschwüren der hinteren Rachenwand, wendet L. den scharfen Löffel an, eventuell auch Chromsäure und Lapis. Bei starker Schmerzhaftigkeit wurden mit Anästhesin gute Erfolge erzielt.

Zum Schluss seines Vortrages bemerkt L., dass es bei der Luesbehandlung besonders wichtig sei zu individualisiren, und warnt vor dem in den Lehrbüchern häufig anzutreffenden Schematismus.

IV. Moses(-Köln): Ein Fall von Fibro-Sarkom des Kehlkopfes (mit Demonstration von Zeichnung und Präparaten).

Der etwa kirschengrosse, knollige, grau-livide Tumor inserirte breitbasig an der Oberfläche des rechten Stimmbandes und verursachte dem Patienten, einem kräftigen Manne von 32 Jahren, abgesehen von starker Heiserkeit mässige Athembeschwerden. Ein behufs Feststellung der Diagnose exstirpirtes Stückchen zeigte spärliche, theils hyalin entartete Bindegewebszüge, durchsetzt von reichlichen, nahe aneinander liegenden Zellen, ausserdem grossen Gefässreichthum. Der Vorschlag, den Tumor behufs möglichst radicaler Beseitigung durch Laryngotomie zu entfernen, wurde nicht acceptirt, und so musste denn die Geschwulst mit scharfen Zangen stückweise abgetragen werden, eine Operation, die bei der ausserordentlichen Empfindlichkeit des Patienten (es musste 30 proc. Cocainlösung in grossen Mengen gebraucht werden) und den häufig auftretenden Blutungen 15 Sitzungen erforderte. Es gelang die vollkommene Beseitigung, der Mutterboden wurde mit Lapis in Substanz verschorft. Recidiv ist bis jetzt (ca. $1^1/_4$ Jahr nach der Operation) nicht aufgetreten; Schwellung der Unterkieferdrüsen ist zurückgeblieben. Bei einem zweiten, von der Hauptmasse des Tumors geschnittenen Präparat sind mehr die Bindegewebszüge vorherrschend. Moses.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Die Herren Killian (Freiburg), Lermoyez (Paris), Schech, (München), Schmiegelow (Kopenhagen) sind zu Ehrenmitgliedern der Londoner Laryngologischen Gesellschaft gewählt worden.

Zur Behandlung des Heufiebers.

Hamburg, den 16. März 1903.

Sehr geehrter Herr Redacteur!

In der März-Nummer des Centralblattes bespricht Herr College Zarniko meine unter dem Titel: „Eine neue Methode zur Behandlung des Heufiebers und verwandter Affectionen" erschienene Arbeit und richtet in seinem Referate eine Frage an den Autor.

Gestatten Sie mir, diese Frage zu beantworten und gewähren Sie gütigst diesen Zeilen Aufnahme in die nächste Nummer des Centralblattes.

In der citirten Arbeit hatte ich nämlich die Behauptung aufgestellt, dass bei den genannten Affectionen der Sitz der Hypersecretion gewöhnlich in der Kieferhöhle zu finden sei. Einer meiner Beweise war der, dass, wenn man kurz vor dem Anfalle in die Highmorshöhle ein unlösliches Pulver einbläst, dieses bei dem nächsen Anfalle mit dem Secrete herausgeschwemmt wird.

Nun frägt der Referent, wie ich „denn das im Infundibulum und in dem daneben liegenden Recessus aufgeblasene Pulver von dem in die Kieferhöhle geblasenen unterscheiden" wolle.

Zunächst kann von einem im Infundibulum und im Recessus aufgeblasenen Pulver nicht die Rede sein, weil man — will man das angegebene Experiment machen — erst dann das Pulver einblasen darf, wenn man sicher ist, dass die Spitze der Canüle tief in die Kieferhöhle eingedrungen ist; dann kann freilich ein kleiner Theil des Pulvers von der Kieferhöhle durch das von der Canüle nicht ganz abgeschlossene Orificium in den mittleren Nasengang, also auch in das Infundibulum und in den Recessus eindringen. Es könnte sich aber auch in diesem Falle nur um sehr geringe Quantitäten handeln, da das Infundibulum höchstens nur 3 mm breit ist und der Recessus gewöhnlich auch keine erheblich räumliche Ausdehnung hat.

Wenn also bei dem nächsten Anfalle eine sehr erhebliche Pulvermenge im Secret erscheint, so kann sie nur aus der Kieferhöhle herrühren.

Uebrigens kann man ja vor dem Anfalle den mittleren Nasengang von dem hier etwa noch vorhandenen Pulver durch Auswischen befreien.

Mit vorzüglicher Hochachtung

E. Fink.

---

75. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Cassel

20. bis 26. September 1903.

Cassel, den 1. März 1903.

Hochgeehrter Herr!

Der unterzeichnete Vorstand der Abtheilung für

Hals- und Nasenkrankheiten

giebt sich die Ehre, die Herren Fachgenossen zu den Verhandlungen der Abtheilung während der 75. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Cassel, die vom 20. bis 26. September stattfinden soll, ergebenst einzuladen.



Da den späteren Mittheilungen über die Versammlung, die im Juni zur Versendung gelangen, bereits ein vorläufiges Programm beigefügt werden soll, so bitten wir, Vorträge und Demonstrationen — namentlich solche, die hier grössere Vorbereitungen erfordern — **wenn möglich bis zum 15. Mai** bei dem mitunterzeichneten

Sanitätsrath Dr. Eysell, Cassel, Hohenzollernstrasse 30¼, I.,

anmelden zu wollen. Vorträge, die erst später, insbesondere erst kurz vor oder während der Versammlung angemeldet werden, können nur dann noch auf die Tagesordnung kommen, wenn hierfür nach Erledigung der früheren Anmeldungen Zeit bleibt; eine Gewähr hierfür kann daher nicht übernommen werden.

Die allgemeine Gruppirung der Verhandlungen soll so stattfinden, dass Zusammengehöriges thunlichst in derselben Sitzung zur Besprechung gelangt; im Uebrigen ist für die Reihenfolge der Vorträge die Zeit ihrer Anmeldung maassgebend.

Da auch auf der bevorstehenden Versammlung, wie seit mehreren Jahren, wissenschaftliche Fragen von allgemeinerem Interesse soweit wie möglich in gemeinsamen Sitzungen mehrerer Abtheilungen behandelt werden sollen, so bitten wir Sie auch, uns Ihre Wünsche für derartige, von unserer Abtheilung zu veranlassende gemeinsame Sitzungen übermitteln zu wollen.

Die Einführenden:	Die Schriftführer:
Dr. med. Eysell.	Dr. med. Oppenheim.
Dr. med. Kleyensteuber.	Dr. med. Winhold.

Verein süddeutscher Laryngologen.

Voreinladung.

Zur Feier der

X. Jahresversammlung zu Heidelberg

sind diesmal zwei Tage ausersehen, und zwar der 1. und 2. Juni.

Am zweiten Versammlungstage werden Demonstrationen und Vorträge in der bisher üblichen Form abgehalten werden. Diejenigen Herren Collegen, welche sich an denselben betheiligen wollen, werden höfl. gebeten, bis zum 30. April das Thema dem Schriftführer mittheilen zu wollen.

Anfangs Mai wird das definitive Programm versandt werden.

Anmeldungen zur Mitgliedschaft des Vereins nimmt ebenfalls der Unterzeichnete entgegen.

Frankfurt a M. IV., Bockenheimer Anlage 48.

Dr. Georg Avellis,
Schriftführer.



Druck von L. Schumacher in Berlin



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIX. Berlin, Mai. 1903. No. 5.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **Fernandez** und **van Swieten. Zusammenstellung der von Dr. Goris im Institut Chirurgical von Brüssel im Jahre 1901 ausgeführten Operationen. (Relevé des opérations pratiquées par M. le Dr. Goris à la clinique de l'Institut Chirurgical de Bruxelles en 1901.)** *Annales de l'Institut Chirurg. de Bruxelles. No. 2. 1902.*

Der Bericht bezieht sich auf die in Chloroformnarkose ausgeführten Operationen mit Ausschluss der kleinen Nasen- und Halschirurgie.

Von 475 Operationen kommen 433 auf das Gebiet der Specialitäten und davon 407 auf die eigentliche Nasen-, Hals- und Ohrenspecialität.

Die Rhinochirurgie umfasst 17 Sinusoperationen.

Die Kehlkopfchirurgie umfasst 15 Beobachtungen, worauf 3 Laryngectomien kommen; zwei davon endeten tödtlich; der Tod trat in der Reconvalescenz ein in Folge intercurrenter Bronchopneumonie.

Bezüglich der Annexe sind 6 Thyroidectomien ausgeführt worden mit zwei Todesfällen accidenteller Natur; eine Oesophagorraphie bei einem Kranken, bei welchem die Laryngectomie ausgeführt worden war, und bei dem die plastische Operation nöthig ward, um Deglutitionsstörungen vorzubeugen.

BAYER.

2) **C. Compaired** (Madrid). **Poliklinik del Refugio; Klinik für Oto-Rhino-Laryngologie. (Policlinica del Refugio. Clinica de Oto-Rino-Laringologia.)** *El Siglo Medico. Juli. 1902.*

Statistik der in genannter Poliklinik während des ganzen Curses ausgeführten Operationen mit daran anschliessenden Betrachtungen über einige hervorragende Fälle.

R. BOTEY.

3) **M. A. Goldstein. Bericht über die Fortschritte von Laryngologie und Rhinologie. (Report on the progress of Laryngology and Rhinology.)** *St. Louis Medical Review. 16. Aug. 1902.*

Betrachtungen über den heutigen Stand der Specialdisciplin.

EMIL MAYER.



4) **Wm. E. Sauer. Fortschritte in Laryngologie und Otologie. (Progress in Laryngology and Otology.)** *Interstate Medical Journal. 1903.*

Eine Zusammenstellung, in der manches Wichtige vermisst wird.

EMIL MAYER.

5) **Francesco Gaito. Tumoren der Nase, des Mundes und des Kehlkopfes. (Tumori del naso, del cavo orale e della laringe.)** *Bollett. d. Malatt. dell' orecchio. Juni und Juli 1901.*

Die allgemeinen Bemerkungen des Verf.'s über Tumoren enthalten nur Allbekanntes. Von den aus der Massei'schen Klinik stammenden Einzelbeobachtungen seien erwähnt: Ein in der Regio arytaenoidea entspringender, gestielter Tumor, der in die Glottis hinabhing und bei der mikroskopischen Untersuchung sich als aus Knorpel und Bindegewebe bestehend erwies, ferner ein Angiom, das von der mittleren Muschel ausging, desgleichen ein solches in der linken Fossa supratonsillaris sitzend. Ferner wird berichtet über einen jener zur Classe der Fibrome gehörigen Stimmbandtumoren, die Massei wegen der an den Bindegewebsfasern und den Gefässen nachweisbaren amyloiden Degeneration als „Amyloidtumoren des Larynx" besonders bezeichnet, sodann über einen dem knorpligen Septum aufsitzenden gefässreichen, zum grossen Theil aus Bindegewebe bestehenden Tumor, an dem bemerkenswerth ist, dass sich in dem Theil, der dem knorpligen Septum aufsitzt, verknöcherte Partien finden. Es wird ferner mitgetheilt ein Fall von reinem Adenom in der Nase; auch beschreibt Referent als „reine Myxome" der Nase Tumoren, die als gewöhnliche Polypen anzusprechen sind, d. h. nicht aus myxomatösem Gewebe im histologischen Sinne bestehen.

Aus der beigegebenen Tabelle geht hervor, dass an der Massei'schen Klinik im Jahre 1898—1899 unter 82 Tumoren der oberen Luftwege — wobei auch die „Myxome" der Nase einbegriffen sind — 5 maligne Tumoren der Tonsillen (4 Sarkome, 1 Carcinom [!]), 1 Sarkom der Epiglottis, 2 Sarkome der Stimmbänder, 1 Sarkom und 1 Carcinom der Schilddrüse zur Beobachtung gelangten.

FINDER.

6) **Peläcz** (Granada). **Das Sarkom in der Rhino-Laryngologie. (El sarcoma en rino-laringologia.)** *Boletin. de Laringolog. Sept./Octobre 1901.*

Eingehende und sehr interessante Uebersicht über das Resultat der Beobachtungen von Sarkomen bei 1500 Kranken.

R. BOTEY.

7) **O. Chiari** (Wien). **Entzündung in cavernösen Tumoren, venösen Angiomen und Venengeflechten, gefolgt von Vergrösserung der alten Angiome und Bildung neuer Venektasien.** (Nach einer Demonstration in der Wiener laryngologischen Gesellschaft vom 9. Januar 1902.) *Wien. klin. Wochenschr. 1902. No. 14.*

Mittheilung eines Falles, in welchem wahrscheinlich infolge einer Infection von einer Angina phlegmonosa in venösen Angiomen, wie solche einseitig an der Unterlippe, der Zunge, dem Arcus palatopharyngeus, der aryepiglottischen Falte, der Aryknorpelgegend und dem Taschenband bestanden, eine Phlebitis mit entzündlichen Erscheinungen der Umgebung auftrat, die unter antiphlogistischer

Therapie sich zurückbildete; infolge davon vergrösserten sich einige alte Cavernome und bildeten sich neue Venengeflechte. Wahrscheinlich enstehen also die cavernösen Tumoren aus Varicen, vielleicht infolge von entzündlichen Reizungen.

AUTOREFERAT.

8) **Monfort. Beitrag zum klinischen Studium des Pemphigus der oberen Luft- und Verdauungswege. (Contribution à l'étude clinique du pemphigus des premières voies respiratoires et digestives.)** *Thèse. Bordeaux. Imprimerie du Midi. 1902.*

Der acute und chronische Pemphigus kann von Eruptionen auf der Schleimhaut der Nase, des Pharynx und des Larynx begleitet sein. Es kann der Schleimhautpemphigus auch allein vorkommen oder dem Auftreten der Hautaffection vorangehen. Der acute Schleimhautpemphigus zeigt die Neigung zum Recidiviren und verschwindet, ohne sichtbare Narben zurückzulassen: der nur bei Erwachsenen vorkommende chronische Schleimhautpemphigus ist von verschiedener Dauer. Während er an der Conjunctiva zu sclerotischen Processen führt, heilt er auf den übrigen Schleimhäuten, ohne Spuren zu hinterlassen. Die Behandlung ist völlig machtlos. Vollkommene dauerde Heilung wird niemals beobachtet.

E. J. MOURE.

9) **E. B. Gleaser. Neurasthenie und Hysterie bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. (Neurasthenia and Hysteria in diseases of the nose, throat and ears.)** *N. Y. Medical Record. 26. April 1902.*

Zu den localen Theilerscheinungen allgemeiner Neurasthenie oder Hysterie rechnet Vf. Störungen resp. Verlust des Geruchsinns und Sensibilitätsstörungen der Nasenschleimhaut. Anästhetische Bezirke der Nasenschleimhaut stehen gewöhnlich durch das Nasenloch hindurch in continuirlichem Zusammenhang mit gleichen anästhetischen Inseln auf der Wangenhaut. In der Pharynxschleimhaut findet sich Fremdkörpergefühl und sonstige Parästhesien, jedoch gewöhnlich keine Anästhesie. Vf. beschreibt dann das Symptomenbild der Aphonia hysterica.

LEFFERTS.

10) **W. B. G. Harland. Das nervöse Element bei Erkrankungen des Ohres, der Nase und des Halses. (The nerve element in diseases of the ear, nose and throat.)** *Philadelphia Medical Journal. 23. August 1902.*

Vf. erörtert, welche allgemeinen nervösen Erscheinungen durch locale Veränderungen in Ohr, Nase und Hals hervorgerufen werden, und zeigt an einem Beispiel, wie durch Beseitigung der localen Störung die Allgemeinerscheinungen zum Verschwinden gebracht werden können.

EMIL MAYER.

11) **H. R. Tuthill. Erkältung und Krankheit. (Cold and disease.)** *N. Y. Medical Record. 3. Januar 1903.*

Allgemein gehaltene Betrachtungen über die Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen Krankheitserreger und die Gefährdung dieser Widerstandsfähigkeit durch Erkältungen. Ref. empfiehlt Gurgelungen mit antiseptischen Flüssigkeiten.

LEFFERTS.

12) **Adolf Schmidt** (Nürnberg). **Ueber Asthma bronchiale.** *München. medicin. Wochenschr. No. 5. 1903.*

Schmidt hält den Bronchospasmus für ein begleitendes, nicht aber für das primäre Moment beim Zustandekommen des asthmat. Anfalles und meint, man solle den localen Veränderungen in der Lunge wieder mehr Aufmerksamkeit zuwenden, zumal man bis jetzt in 4 Fällen von Asthmalungen Erweiterung der Bronchiolen, Entzündungszustände in der Bronchialschleimhaut und eine hochgradige Verstopfung der Lumina vieler kleiner Luftröhren mit zähem Schleim resp. mit abgestossenen Epithelzellen gefunden habe.

SCHECH.

13) **Aug. J. Hammar** (Schweden). **Zur Bildungsgeschichte des Halses. (Bidrag til Halsens utvecklingshistoria.)** *Upsala Läkareförenings Förhandlingar. Sept. 1902. p. 528.*

Die Halspartie des Menschenembryos in der zweiten Hälfte des ersten Monates wird durch das Vorhandensein der vier Schlundfurchen und die Abwesenheit einer freien vorderen Halsfläche charakterisirt. Die Schlundfurchen laufen sämmtlich in die an der Grenze zwischen den Schlundbogen und der Herzprominenz gelegene Präcervicalfurche ventralwärts aus. Die Schlundbogen verschmelzen mit ihren ventralen Enden mit der Herzprominenz. Die zwei kaudalen Bogen nehmen weniger an Breite und Dicke zu als die beiden kranialen. Sie werden dadurch in die Tiefe geschoben und vom zweiten Bogen überdeckt. Die also entstandene Grube heisst die Halsbucht, Sinus praecervicalis. Sie mündet in den dorsalen Abschnitt der Präcervicalfurche ein. Später (Anfang des zweiten Monats) wird die erste Schlundfurche in ihrem dorsalen und in ihrem ventralen Abschnitt verwischt. Eine intermediäre Strecke wird hingegen vertieft, bildet als Fossa conchae die Grundlage gewisser in das äussere Ohr eingehenden Vertiefungen (Cymba und Cavitas conchae, Incisura intertragica). Die zweite Schlundfurche wird vorläufig in einen langen, schmalen, in die Präcervicalfurche sich durch eine rundliche, lochförmige Mündung öffnenden Gang, den Kiemengang, umgewandelt. Die Halsbucht wird gleichfalls durch Einengung ihrer Mündung in einen Gang, den Ductus praecervicalis, umgewandelt, welcher in einen weiteren Bodentheil der Bucht, die Präcervicalblase, Vesicula praecervicalis, führt. Sowohl der Kiemengang wie der Präcervicalgang mündet in den Sulcus praecervicalis. Indem beide Gänge sehr bald atrophisch werden, wird die Präcervicalfurche von sämmtlichen Schlundfurchen isolirt. Unterdessen ist nur der als Fossa conchae bezeichnete Rest der ersten mit der Oberfläche in Verbindung geblieben. Mit dem Kiemengange ist auch das zweite Schlundspaltenorgan abgeschnürt worden; in der Vesicula praecervicalis sind das dritte und vierte — nicht unwahrscheinlich noch mehrere solcher rudimentärer Organe — aufgegangen. Beide Bildungen verschwinden sehr bald spurlos.

Die Präcervicalfurche wird nach der Lostrennung von den Kiemenfurchen recht bald vertieft und verbreitert; ihr Boden bildet die freie Vorderfläche des Halses.

Der physiologische Entwicklungsverlauf liefert also die Vorbedingung für die Entstehung zweier Arten eigentlicher congenitaler Halsfisteln: solche die dem

Persistiren des Kiemengangs, und solche die dem Offenbleiben des Ductus praecervicalis ihren Ursprung verdanken. Die erstgenannte Gruppe ist offenbar die unvergleichlich häufigere. Ein sehr seltener Fall von dem letztgenannten Typus, der an einem 75 millimetrigen Schafsfötus wahrgenommen wurde, wird kurz beschrieben.

E. SCHMIEGELOW.

14) **E. Fajárnés** (Valencia). **Ein Fall von Lymphdrüsen-Phlegmone der seitlichen Halsgegend mit Perforation des Rachens. (Caso de adeno-flemón de la region lateral del cuello con perforacion de la faringe.)** *Revist. Valenc. de Cienc. Medic. Juni. 1899.*

Genannter Fall wurde bei einem 14 monatl. Mädchen beobachtet, welches an acutem Gastro-Intestinalkatarrh erkrankt war, und deren Krankheit mit dem Durchbruch der ersten Molarzähne zusammenfiel. Die Phlegmone hatte sich durch den Pharynx Bahn gebrochen. Die vollständige Heilung erfolgte nach 10 Tagen.

R. BOTHEY.

15) **Barnich. Dermoidcysten der Regio suprahyoidea. (Kyste dermoïde de la région sus-hyoïdienne.)** *La Clinique. No. 3. 1902.*

Mandarinengrosse Geschwulst in der Reg. suprahyoid. ein wenig nach links von der Mittellinie, adhärent am Zungenbein und der Membr. thyrohyoid. Exstirpation. Dermoidcyste.

BAYER.

16) **G. Camby Robinson. Ueber eine vom Ductus thyreoglossus stammende Cyste. (On a cyst originating from the ductus thyreoglossus.)** *Johns Hopkins Hospital Bulletin. April 1902.*

Bei einem an Gehirnblutung verstorbenen 55jährigen Neger fand sich am Hals ein fluctuirender Tumor. Es ergab sich, dass es sich um eine ca. $4^1/_2$ cm im Durchmesser betragende kuglige, uniloculäre Cyste handelte mit glatten, ziemlich dünnen Wandungen. Sie lag den M. sterno-hyoidei auf und reichte vom Niveau des Schilddrüsen-Isthmus bis zum Zungenbein, mit dessen Körper sie an der Unterfläche ziemlich fest verwachsen war. Im Uebrigen adhärirte sie den umliegenden Geweben nur sehr locker. Die Cystenwandung war $^1/_2$—1 mm dick und aus derbem Bindegewebe gebildet, der Inhalt bestand aus einer gelatinösen Flüssigkeit, in der sich mikroskopisch Zelltrümmer und Kernfragmente nachweisen liessen.

EMIL MAYER.

17) **Horace J. Whitacre. Persistirender Ductus thyreo-lingualis; complete Branchialfistel. (Persistent thyreo-lingual duct; complete branchial fistula.)** *Annals of Surgery. Januar 1903.*

Bericht über zwei Fälle; in einem von ihnen war viermalige Operation nöthig, bis der Schluss der Fistel gelang.

EMIL MAYER.

18) **Jalaquier. Congenitale Halsfistel operirt und geheilt. (Fistule congénitale du cou operée et guérie.)** *Société de Chirurgie. 29. Juni 1902.*

Die bei einem Knaben beobachtete Fistel erstreckte sich von der Gegend des Zungenbeins bis zum oberen Theil des hinteren Gaumenbogens. Operation ergab völlige Heilung.

PAUL RAUGÉ.

19) G. Schipeed. **Asphyxie infolge plötzlicher Vergrösserung der Thymusdrüse; Tracheotomie; partielle Thymectomie; Heilung. (Asphyxia due to rapid enlargement of Thymus gland; Tracheotomy; partial Thymectomy; recovery.)** *Brit. med. Journal. 23. Juni 1902.*

Es handelte sich um ein 11jähriges Mädchen, bei dem nach einer Erkältung in Folge von Anschwellung der Thymusdrüse solche Asphyxie eintrat, dass die Tracheotomie gemacht werden musste. Später wurde ein Theil der Thymusdrüse durch Operation entfernt und so völlige Heilung erzielt. A. BRONNER.

20) **Penkert** (Greifswald). **Ueber die Beziehungen der vergrösserten Thymusdrüse zum plötzlichen Tode.** *Deutsche med. Wochenschr. 1902. No. 45.*

Nach einer eingehenden Würdigung der über den „Thymustod" aufgestellten Hypothesen theilt Verf. zwei Fälle mit, von denen der eine unzweideutig die Thatsache beweist, dass eine stark vergrösserte Thymus unter Umständen eine vollkommene Compression der Trachea und damit den plötzlichen Erstickungstod hervorzurufen wohl im Stande ist. ZARNIKO.

b. Nase und Nasenrachenraum.

21) **Della Vedova. Anatomische, histologische und pathologisch-anatomische Studien über die fötalen Nasenhöhlen in den verschiedenen Stadien ihrer Entwickelung nebst Untersuchungen über das Jacobson'sche Organ. (Studi anatomici istologici ed anatomo-patologici delle cavitá nasali fetali nei vari periodi del loro sviluppo con ricerche sul canale di Jacobson.)** *La Pratica oto-rino-laringoiatrica. No. 3. 1902.*

Ein kurzer Auszug aus einem demnächst erscheinenden Werk des Verfassers; zum Referat nicht geeignet. FINDER.

22) **T. Sudler. Die Entwickelung der Nase, des Pharynx und ihrer Anhänge beim Menschen. (The development of the nose and of the pharynx and its derivatives in man.)** (Aus dem anatomischen Laboratorium der John Hopkins University.) *American Journal of Anatomy. Vol. IV. 1902.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

23) **J. Fein** (Wien). **Ein Fall von angeborener vorderer Atresie des Nasenloches.** *Wiener klinische Rundschau. No. 9. 1902.*

Der Fall ist dem von v. Hovorka seiner Zeit beschriebenen sehr ähnlich und glaubt F. den Verschluss deshalb für einen angeborenen erklären zu dürfen, weil die Störungen der nasalen Athmung schon von Geburt an bestehen, an Form und Aussehen der Nase sich seit Geburt nichts geändert hat und sich keinerlei Veränderungen eines abgelaufenen Geschwürsprocesses finden. — 18jähriges Mädchen, der Verschluss war links. Der harte Gaumen hoch und symmetrisch gebildet. CHIARI.



24) **Norval H. Pierce. Ein Fall von angeborener Fistel der äusseren Nase. (A case of congenital fistula of the external nose.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1902.*

Die Fistel wurde durchschnitten, von der Unterlage mit dem Raspatorium abgehebelt, sodann die durchtrennten Theile vereinigt. Es trat Heilung ein.

EMIL MAYER.

25) **Maurice Mignon. Die Rolle der Nasenhöhle bei der Prophylaxe und Behandlung der Lungentuberkulose. (The role of the nasal fossae in the prophylaxis and treatment of pulmonary tuberculosis.)** *Journal of Tuberculosis. October 1901.*

Ungenügende Durchgängigkeit der Nase gehört zu den hauptsächlichsten ätiologischen Momenten der Infection mit Tuberculose. EMIL MAYER.

26) **Romme. Chirurgische Behandlung der Acne hypertrophica der Nase. (Traitement chirurgical de l'acnè hypertrophique du nez.)** *Presse médicale. 26. Januar 1901.*

Kritische Uebersicht über die für die Behandlung der Elephantiasis der Nase vorgeschlagenen Methoden nach der Arbeit Sigello's über denselben Gegenstand. Reproduction der in dieser Arbeit enthaltenen Photographien. A. CARTAZ.

27) **B. Solger** (Berlin). **Ueber Rhinophyma.** *Archiv f. Dermatol. und Syphilis. Bd. 57. 1901.*

Von mehr dermatologischem Interesse. Danach kann das Rhinophyma durch eine Angioneurose erklärt werden. CHIARI.

28) **P. Rusch** (Leipzig). **Zur operativen Behandlung des Rhinophyma.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 13. 1902.*

Die Methode der Decortication mit Hinterlassung eines basalen Antheiles ohne darauffolgende Transplantation ist nach R., da sie die besten Erfolge giebt und relativ einfach auszuführen (locale Anästhesie), allen anderen Verfahren vorzuziehen.

CHIARI.

29) **Marshall Clintow. Fracturen der Nase. (Fractures of the nose.)** *Buffalo Medical Journal. Juni 1901.*

Um Deformitäten der Nase zu corrigiren, ist die Anwendung einer Ueber-Correction anzurathen. EMIL MAYER.

30) **Wendell C. Phillips. Aetiologie der Nasendeformitäten. (Etiology of nasal deformities.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. August 1901.*

Nichts Bemerkenswerthes. EMIL MAYER.

31) **W. C. Phillips. Die Wichtigkeit der Verhütung von Nasendeformitäten. (Importance of preventing nasal deformities.)** *N. Y. Medical News. 1. Februar 1902.*

Geringfügige Traumen im Kindesalter geben oft Veranlassung zu sehr entstellenden und die Function beeinträchtigenden Deformitäten der Nase. Fracturen

des Nasengerüstes können mit Leichtigkeit geheilt werden, wenn die Patienten frühzeitig, d. h. bevor noch entzündliche Veränderungen Platz gegriffen haben, zum Arzt gebracht werden.

LEFFERTS.

32) **J. L Goodale. Ueber die Correction alter traumatischer Einsenkungen der Nase mittels subcutaner plastischer Operationen. (On the correction of old traumatic depressions of the nose by subcutaneous plastic operations.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. November 1900.*

Verf. hat sein Verfahren in zwei Fällen von traumatischer Depression des knorpligen Septums und der Nasenbeine angewandt; es besteht darin, dass von angrenzenden Theilen Knorpel resp. Knochen entnommen und subcutan eingefügt wird. Diese Operationsmethode, von der Verf. eine genaue Schilderung giebt, hatte in beiden Fällen guten Erfolg.

EMIL MAYER.

33) **Payr** (Graz). **Beitrag zur Technik der Rhinoplastik.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 60. Bd. 1. u. 2. H. 1901.*

Doppelter Hautlappen wird in einer Breite von $2^1/_2$ cm aus der Wangenhaut, dem Verlaufe der Nasolabialfalte entsprechend, ausgeschnitten, die beiden Lappen nach innen umgeschlagen und vereinigt, so dass ein resistentes Septum gebildet wird.

SEIFERT.

34) **J. K. Hamilton** (Adelaide, Australien). **Sattelnase nach Trauma. (Saddle nose from injury.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Juni 1901.*

Die Deformität wurde ausgeglichen durch permanente Einlegung einer vergoldeten Silberplatte unter die Haut.

A. T. BRADY.

35) **John B. Roberts. Vorschläge für die Wiederherstellung syphilitischer Nasen. (Suggestions for the reconstruction of syphilitic noses.)** *Journal American Medical Association. 13. April 1901.*

Man sollte das Vorurtheil, dass durch Syphilis zerstörte Nasen unheilbar seien, nach Kräften bekämpfen; denn mittels gut vorbereiteter und sorgfältig ausgeführter Operationen lasse sich hier viel ausrichten. Es gäbe jedenfalls nur eine ganz geringe Zahl von Fällen, in denen sich nicht eine erhebliche Besserung erzielen lasse.

EMIL MAYER.

36) **Burton S. Booth. Combination von intra- und extranasaler Operation zur Verbesserung einer angeborenen Deformität der Nase. (A combined intranasal and extranasal operation for the correction of a congenital deformity of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 27. April 1901.*

Bericht über einen Fall. Bezüglich der Details der Operation muss auf den Originalartikel und die ihn begleitenden Holzschnitte verwiesen werden.

LEFFERTS.

37) **J. P. Clark. Operation wegen übertriebener Römernase. (Operation for exaggerated Roman nose.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 23. Mai 1901.*

Es wurde ein Theil des Septums abgetragen, die Nasenbeine dicht an ihrer

Verbindung mit dem Nasenfortsatz des Oberkiefers durchgesägt, aus ihrer Verbindung mit dem Stirnbein gelöst und dann auf den oberen, neugebildeten Rand des Septums herabgedrückt. Die operirte Nase wurde zwei Wochen lang in der gewünschten Stellung mittels Bandagen festgehalten. Das Resultat war ein gutes.

EMIL MAYER.

38) **J. C. Stewart. Ein Fall von Rhinoplastik mit Anwendung einer versenkten Metallstütze. (A case of Rhinoplasty with use of buried metal support.)** *Northwestern Lancet. 1. August 1901.*

Titel enthält Alles.

EMIL MAYER.

39) **Ired Walker Gwyer. Eine Operation wegen Sattelnase. (An operation for saddle nose.)** *Annals of Surgery. August 1901.*

Verf. rühmt als Vorzüge seiner — des Näheren geschilderten — Operationsmethode, dass nur lebendes Gewebe und kein Fremdkörper für die Plastik zur Verwendung kommt und dass keine entstellende Narbe zurückbleibt.

EMIL MAYER.

40) **Emanuel S. Feim. Die operative Behandlung der Sattelnase. (The operative treatment of saddle nose.)** *American Medicine. 31. August 1901.*

Bericht über zwei Fälle.

EMIL MAYER

41) **T. L. Goodale. Die Correction alter seitlicher Verschiebungen der Nasenknochen. (The correction of old lateral displacements of the nasal bones.)** *Boston medical and surgical Journal. 14. November 1901.*

Verf. hat nach einem von ihm vor einiger Zeit empfohlenen Verfahren operirt. (Cfr. Centralblatt Bd. XV, S. 501.)

EMIL MAYER.

42) **Holländer** (Berlin). **Zur Methode der Rhinoplastik.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 68. Bd. 1. H. 1902.*

Da der lupöse Process fast stets die Knochen intact lässt, so bildete Holländer eine Methode der Rhinoplastik aus, welche darin besteht, dass man die Nasenbeine zur Bildung der Nasenspitze und den Rest der alten Vordernase zur Unterfütterung verwendet.

SEIFERT.

43) **J. Labrú** (Madrid). **Betrachtungen über Rhinoplastik. (Disquistciones sobre rinoplastia.)** *Rivist. de Medic. y Cirug. Practic. No. 14. Februar 1902.*

Im Anschluss an einen Fall von Rhinoplastik infolge von Substanzverlust durch Biss von einem Theile des Nasenflügels, der Wange und Oberlippe stellt Verf. einige Betrachtungen an über die neuerdings angewandten Verfahren zum Zwecke der Wiederherstellung des Nasenflügels bei Mangel des Knochen-Knorpelskeletts.

R. BOTEY.

44) **Emanuel J. Sern. Operative Behandlung der Sattelnase. (The operative treatment of saddle nose.)** *Illinois Medical Journal. März 1902.*

Mittheilung zweier Fälle.

EMIL MAYER.



45) **H. N. Mayo. Ein Fall von Rhinoplastik. (A case of Rhinoplasty.)** *Medical Times. August 1902.*

Der Hautlappen wurde von der Stirn genommen, die Wundfläche nach Thiersch mit Haut transplantirt. Das Resultat war ausgezeichnet.

EMIL MAYER.

46) **de Quervain** (Chaux-de-Fonds). **Ueber partielle seitliche Rhinoplastik.** *Centralbl. f. Chirurgie. 11. 1902.*

In 2 Fällen wurde das Septum zum Ersatz der knöchernen Seitenwand der Nase mit vorzüglichem kosmetischen Erfolg verwendet.

SEIFERT.

47) **Alfred Denker** (Hagen). **Die Technik der intranasalen Operationen. (The technique of intranasal operations.)** *Archives of Otology. Aug.-Oct. 1901.*

Vor Anwendung von Meissel oder Säge soll, der Linie entsprechend, in der nachher das Instrument geführt werden soll, zuerst mit dem galvanokaustischen Spitzbrenner eine tiefe Furche bis auf den Knochen resp. Knorpel gezogen werden; auch vor Abtragung der unteren Muschel mit einem scheerenförmigen Conchotom ist die galvanokaustische Furche zu empfehlen. Verf. sieht in dieser Methode ein ausgezeichnetes Mittel, um Blutungen bei der Operation zu vermeiden.

EMIL MAYER.

48) **Passow. Zur chirurgischen Behandlung der Verengerungen des Thränen-Nasenkanals.** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1901.*

P. schlägt vor, durch Spaltung des Thränennasencanals von innen von der Nase aus Stricturen zu beheben, und versuchte dieses Verfahren 4mal. Zunächst wird unter Cocainanästhesie das vordere Ende der unteren Muschel mit der Cooper-schen Scheere entfernt, wenige Tage später nach Ablauf der Reaction wird in der Narkose nach Einlegung einer Bowman'schen Sonde mit dem Hohlmeissel so viel von der Crista turbinalis des Oberkiefers und vom Thränenbein fortgenommen, dass der häutige Canal bis zum Thränensack hinauf frei liegt; dass dies der Fall ist, erkennt man daran, dass die eingelegte Sonde hier beweglich wird, auch kann man sich durch eine zweite Sonde davon überzeugen. Im Weiteren wird nun der häutige Canal der Sonde entlang mit einem feinen geknöpften Sichelmesser bis oben hinauf gespalten; ist dies geglückt, so kann man die durch die Thränencanälchen eingeführte Sonde in der Nase frei bewegen.

SCHECH.

49) **Ludwig Polyak. Die Sondirung des Ductus nasolacrymalis von der Nase aus.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. XII. S. 379. 1902.*

P. demonstrirt eingehend die anatomische Ausführbarkeit der Methode. Die Einführung der Sonde in den Thränennasengang vom unteren Nasengang aus gelingt beim Erwachsenen immer, zumeist freilich erst nach der vorbereitenden Abtragung des vorderen Endes der unteren Muschel. Die Dilatation von der Nase aus ist schnell und gründlich ausführbar, da sehr viel stärkere Sonden verwendet werden können, als bei der Dilatation von oben her. P. beschreibt die Technik und des erforderliche Instrumentarium seiner Methode und stellt für ihre Anwendung vorläufig folgende Indicationen auf:

1. Der Fall darf nicht veraltet und Erkrankungen der Wand des Thränensacks, welche die Aspirationsfähigkeit aufheben oder vermindern, dürfen nicht vorhanden sein;

2. ein nasaler Ursprung des Leidens muss nachweisbar sein, vor der Sondirung aber ist das Nasenleiden zu beseitigen;

3. die Behandlung von oben muss ohne Erfolg versucht sein und zwar, weil die Stenose in der unteren Hälfte des Ductus liegt, so dass die Dilatation von oben keine vollständige sein konnte.

Contraindicationen der retrograden Sondirung und Dilatation bilden:

1. hoher Sitz der Stenose, die von unten nicht erreichbar ist;

2. hochgradige Erkrankung der Thränensackwand, die eine Heilung selbst nach erfolgter Dilatation der Strictur ausgeschlossen erscheinen lässt;

3. jugendliches Alter der Erkrankten (Enge der Nasenhöhle).

F. KLEMPERER.

50) **H. Pierce. Natur und Histopathologie der Rachentonsille. (The nature and histopathologie of the epipharyngeal tonsil.)** *N. Y. Medical Record. 11. Januar 1902.*

Die Schlussfolgerungen, zu denen Verf. gelangt, enthalten nur Bekanntes.

LEFFERTS.

51) **Lapeyre. Medicamentöse Behandlung der adenoiden Vegetationen. (Traitement médical des végétations adénoides.)** *Journal de méd. et chir. pratique. 21. Januar 1902.*

Verf. giebt an, ausgezeichnete Resultate mit der Darreichung frisch zubereiteter Jodtinctur — dreimal täglich 6 Tropfen in ein wenig Malagawein oder Milch — erzielt zu haben. Er steigt mit der Dosis täglich um 3 Tropfen und geht bis zu 40 und 60 Tropfen.

Diese Behandlung wird im Allgemeinen gut vertragen, und man sieht unter ihr die Zeichen der Nasenobstruction zurückgehen und die Hyperplasie der Rachentonsille verschwinden.

A. CARTAZ.

52) **Robert Hutchinson** (London). **Klinische Vorlesung über adenoide Vegetationen des Nasenrachens im früheren und späteren Kindesalter. (A clinical lecture of adenoid vegetations in the naso-pharynx as exhibited in infancy and childhood.)** *Clinical Journal London. 29. Januar 1902:*

Verf. giebt im ersten Theile seiner Vorlesung eine Besprechung der adenoiden Vegetationen in der ersten Kindheit, während er im zweiten sich mit ihrem Vorkommen in den späteren Jahren des Kindesalters beschäftigt. In jenem bewegt sich die übrigens stets instructive Darstellung auf durchaus hergebrachten Wegen, in diesem jedoch macht H. den Versuch, die Controverse über einen Gegenstand wieder aufleben zu machen, der heute als abgethan betrachtet werden kann. Verf. sagt: „Angesichts der jüngsten Veröffentlichung eines so hervorragenden Specialisten wie Sir Felix Semon gehört einiger Muth dazu, an der Ansicht festzuhalten, dass adenoide Vegetationen entfernte oder mittelbare Wirkungen ausüben

können. Und doch glaube ich, dass Jeder, der viel Erkrankungen bei Kindern sieht, zu der Ueberzeugung gelangt, dass ein solcher causaler Zusammenhang mit gewissen entfernten Symptomen in vielen Fällen besteht.“ Und am Schlusse dieser etwas räthselhaften Auslassungen heisst es: „Ich kann zum Beweis für die Richtigkeit meiner Behauptung nur die Geschichte einiger Fälle anführen.“ Verf. bringt dann kurze Mittheilungen über Fälle von Bronchitis, Dysphagie, Asthma, Dyspepsie, Neurosen, Pavor nocturnus, Enuresis, Sprachfehlern, Kopfschmerzen, Erbrechen, Torticollis, bei denen scheinbar nach Entfernung der adenoiden Vegetationen Heilung oder erhebliche Besserung auftrat. Verf. weiss den Muth seiner Ueberzeugung mit Vorsicht zu vereinigen; denn trotz der Behauptung, dass in allen jenen Fällen Heilung oder bedeutende Besserung auf die Operation der adenoiden Vegetationen folgte, verwahrt er sich dagegen, dass er sagt, jene Symptome „seien verursacht von“ den Adenoiden, sie wären vielmehr nur „von ihnen begleitet“.

JAMES DONELAN.

53) **Dumbar Roy. Zwei ungewöhnliche Fälle von Blutung nach Adenotomie und Tonsillotomie. (Two unusual cases of hemorrhage following Adenotomy and Tonsillotomy.)** *Laryngoscope. Februar 1902.*

In dem einen Fall wurde vor der Operation der adenoiden Vegetationen Nebennierenextract angewandt. Die postoperative Blutung deutet Verf. als vicariirende Menstruation, ohne zu der näher liegenden Annahme zu greifen, dass sie mit der Anwendung des Suprarenalextracts in Zusammenhang stehen könne.

Im zweiten Fall handelte es sich um eine Blutung drei Tage nach einer Tonsillotomie.

EMIL MAYER.

54) **O. Stewart. Diagnose der Adenoiden im Kindesalter. (Diagnosis of adenoids in infancy.)** *Laryngoscope. Februar 1902.*

Dafür, dass adenoide Vegetationen angeboren vorkommen, spricht die Thatsache, dass Verf. bei einem 11 Tage alten Kind grosse Massen adenoiden Gewebes entfernt hat.

EMIL MAYER.

55) **Abraham Jacobi. Nicht alle Adenoide erfordern die Operation. (Not all adenoids require operation.)** *N. Y. Medical Record. 1. März 1902.*

Verf. steht auf dem Standpunkt, dass adenoide Vegetationen geringen Grades, selbst dann, wenn sie Schnarchen verursachen, nicht die Operation erfordern. Er beschränkt sich darauf, den fast stets vorhandenen localen Catarrh durch Irrigationen mit Salz- oder Borsäurelösungen zu behandeln und ist damit in vielen Fällen ausgekommen. Seine Technik der Operation ist die übliche. Er verwirft die Narkose.

LEFFERTS.

56) **Morean Brown. Die Diagnose der Adenoiden. (The diagnosis of adenoids.)** *Medical Standard. März 1902.*

Zu den gebräuchlichen Methoden für die Diagnose der Adenoiden fügt B. eine neue, indem er mit einer kleinen zu diesem Zwecke angegebenen Pincette ein kleines Partikelchen der Vegetationen zwecks näherer Prüfung entfernt.

EMIL MAYER.



57) **W. Swipson. Recidive von Adenoiden. (Recurrence of adenoids.)** *N. Y. Medical News. 8. März 1902.*

Die Nasenathmung, die unmittelbar nach Operation der Adenoiden frei war, wird oft kurze Zeit darauf wieder behindert. Das ist zurückzuführen auf entzündliche Schwellung von zurückgelassenen Resten der Rachentonsille. Die völlige Entfernung dieser ist oft unmöglich; besonders an den Seitenwänden des Pharynx und in der Rosenmüller'schen Grube bleiben sie.

58) **S. Richard Taylor. Adenoide des Rachens. (Adenoids of the Pharynx.)** *American Practitioner and News. 15. März 1902.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

59) **A. C. Grónbeck** (Kopenhagen). **Einige Bemerkungen über Operation der adenoiden Vegetationen. (Nogle Bemärkninger om Operation af adenoide Vegetationer.)** *Ugeskrift for Läger. 21. März 1902. S. 265.*

Der Verfasser giebt den Rath, nicht in derselben Sitzung die Tonsillen und die adenoiden Vegetationen zu entfernen. Er behandelt eingehender die zwei wesentlichsten Complicationen nach der Operation: Infection und Blutung. Was die Infection betrifft, so macht er auf die schweren Entzündungen der Cervicaldrüsen auf beiden Seiten aufmerksam, die er bei 4 Patienten beobachtet hat, und die recht ernste und langdauernde Symptome hervorrufen können. Die Blutungen sind selten primär, dagegen häufiger secundär. Sie sind hauptsächlich durch „Erkältung" hervorgerufen. Uebrigens enthält die Arbeit Bemerkungen über die Verhaltungsmaassregeln, die man vor und nach der Operation befolgen muss.

E. SCHMIEGELOW.

60) **Frederick H. Millener. Adenoide Vegetationen und ihr Einfluss auf das Gaumengewölbe. (Adenoid Vegetations and their influence on the palatal arch.)** *Philadelphia Medical Journal. 12. April 1902.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

61) **M. Mygind** (Kopenhagen). **Ein Fall von plötzlichem Collaps mit Sistirung der Respiration und Cyanose (Glottisspasmus?) als Folge von Adenotomie. Tracheotomie. Heilung. (Et Tilfaelde af pludselig Kollaps med Stansning af Respirationen og Cyanose [Glottisspasme?] som Fölge af Adenotomi for adenoide Vegetationer. Trakeotomi. Helbredelse.)** *Hospitals Tidende. 30. April 1902.*

Ein 2jährig. Kind, das an Rachitis, Diarrhoe und bronchitischen Erscheinungen gelitten hatte, wurde mit dem Beckmann'schen Instrumente wegen adenoider Vegetationen operirt. In derselben Secunde collabirte das Kind, die Respiration sistirte vollständig und die Lippen wurden cyanotisch. Eine digitale Exploration des Kehlkopfes zeigte diesen frei. Da die Cyanose zunahm, wurde eiligst Tracheotomia inferior gemacht, und die Respiration kehrte gleich beim Eröffnen der Trachea zurück.

E. SCHMIEGELOW.

62) **B. Floderus** (Stockholm). **Ueber die Bedeutung von hyperplastischen und tuberkulösen Processen in der Pharynxtonsille. (Om betydelsen af hyperplastika och tuberkulösa processer i farynxtonsillen.)** *Hygiea. März-April 1902. p. 269.*

In dieser sehr lesenswerthen Arbeit giebt Verf. zuerst einen Ueberblick über die Anatomie der Pharynxtonsille, behandelt dann die Diagnose und Symptomatologie. Unter 905 vom Verf. untersuchten Schulkindern in einem Alter von 7—8 Jahren fand er 170 (18,78 pCt.) Fälle von hochgradiger Hyperplasie der Pharynxtonsille, in weiteren 170 Fällen war die Hyperplasie mittelstark, in den übrigen 565 (62,43 pCt.) Fällen war die Hyperplasie gering oder nicht vorhanden. Mit anderen Worten, unter den vom Verf. untersuchten Kindern war die Pharynxtonsille bei mehr als jedem dritten Kinde bedeutend vergrössert. In der ersten Gruppe wurde eine doppelseitige Gehörsverschlechterung in 89 (52,35 pCt.), eine einseitige Gehörsverschlechterung in 25 (14,71 pCt.) Fällen constatirt; nur 56 (32,94 pCt.) Kinder waren in dem Besitz eines guten Gehörs. Verf. empfiehlt bei den Kindern, die schon an acuten Mittelohrkatarrhen leiden, die Pharynxtonsille zu entfernen, weil die Operation nicht acute Exacerbationen des infectiösen Zustandes des Mittelohres hervorruft. Die Symptome von Seiten der Augen, des Larynx und der unteren Luftwege, des Schlundes, der Mundhöhle mit den Digestionsorganen werden beschrieben und besonders wird darauf aufmerksam gemacht, dass viele sogenannte gastrische Symptome, die zu Anämie führen, durch Entfernung der Pharynxtonsille geheilt werden können. Behandlung mit dem Beckmann'schen Messer.

In dem zweiten Theil seiner Arbeit discutirt der Verf. von den Beziehungen zwischen der sogenannten Scrophulose und den hyperplastischen Processen in dem adenoiden Pharynxring und giebt einige Mittheilungen von dem, was in der Literatur über tuberculöse Processe in der Pharynxtonsille geschrieben ist, woran er einige theoretische Bemerkungen knüpft.

E. SCHMIEGELOW.

63) **E. A. Montengohl. Complication nach Entfernung adenoider Vegetationen. (Complication following removal of adenoids.)** *Pediatrics. 1. Mai 1902.*

Nach Entfernung der adenoiden Vegetationen unter Choroformnarkose erkrankte Pat. an Chorea und Endocarditis.

EMIL MAYER.

64) **Hennebert. Klinische Bemerkungen über adenoide Wucherungen. (Remarques cliniques sur les végétations adénoides.)** *La Clinique. No. 21. 29. 30. 1902.*

H. macht im Cercle Médical von Brüssel, Sitzung vom 2. Mai 1902, eine Mittheilung über adenoide Wucherungen, um das Interesse des Praktikers darauf zu lenken. Unter 500 Schülern einer armseligen Bevölkerung hat er 32 pCt. mit adenoiden Wucherungen behaftet gefunden. In 5 Fällen hat er nach der Operation Diphtherie auftreten sehen. Die weiteren Details dürften dem Leser dieser Zeitschrift hinlänglich bekannt sein.

BAYER.

65) **v. Rimscha** (Riga). **Ueber adenoide Vegetationen.** *Memorabilien. XLIV. 5. 1902.*

Nach den Anschauungen des Autors sind die adenoiden Vegetationen in den meisten Fällen nur ein Symptom einer Allgemeinerkrankung und muss daher therapeutisch ausser ihrer Entfernung stets eine Allgemeinbehandlung eingeleitet werden. In der Aetiologie scheine neben vielen anderen Gründen allgemeine Nervosität der Eltern eine wichtige Rolle zu spielen. Ob die Adenoidoperation mit oder ohne Narkose gemacht werden soll, muss von Fall zu Fall entschieden werden.

SEIFERT.

66) **Citelli. Acute Mittelohrentzündung und Mastoiditis nach Abtragung der Rachentonsille. (Otite media acuta e mastoidite consecutiva a una asportazione di tonsilla faringea.)** *Bollett. d. Malatt. dell'orecchio. August 1902.*

Verf. glaubt aus der unangenehmen Erfahrung, die er im vorliegenden Fall gemacht hat, die Lehre ziehen zu müssen, dass adenoide Vegetationen — wenn nicht alle Garantien für sachgemässes Verhalten des Patienten nach der Operation vorhanden sind — nur in der Klinik operirt und nachbehandelt werden sollen.

FINDER.

67) **Alagna. Die Rachenmandel bei einigen Säugethieren. (La tonsilla faringea studiata in alcuni mammiferi.)** *Arch. Ital. d. Laringologia. October 1902.*

Verf. hat die Rachentonsille beim Pferd, der Kuh, Katze, dem Schaf und Kaninchen untersucht; bei allen diesen Thieren hat er eine deutliche aus adenoidem Gewebe mit Follikeln bestehende Tonsille constatiren können. Es bestehen Unterschiede in Bezug auf das makroskopische Aussehen und den histologischen Bau nicht nur bei Thieren verschiedener Species, sondern auch bei solchen, die derselben Familie angehören. Der folliculäre Bau tritt am meisten beim Pferd und Schaf hervor. Ihr charakteristisches, individuelles Gepräge erhält die Tonsille für jede Thiergruppe durch die besondere Anordnung und den verschiedenen Gehalt an Schleimdrüsen.

FINDER.

c. Mundrachenhöhle.

68) **Palya** und **v. Navratil** (Ofen-Pest). **Untersuchungen über die Lymphbahnen der Wangenschleimhaut.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 66. Bd. 1. und 2. Heft. 1902.*

Die Lymphgefässe der Wangenschleimhaut münden in der Regel sämmtlich in die submaxillaren Lymphdrüsen, die Lymphgefässe des unteren Zahnfleisches zum grössten Theil in die submaxillaren. Die Lymphgefässe der Gaumenbögen und Tonsillen gehen zu den oberen tiefen Cervicaldrüsen. Die Lymphgefässe der Lippe münden in der Regel in die Lymphdrüsen der submentalen und submaxillaren, zuweilen auch der cervicalen Region. Die Lymphgefässe des Mundbodens münden in die submaxillaren und tiefen cervicalen Drüsen.

SEIFERT.

69) **Colombini** (Sassari). **Ueber einige fettsecernirende Drüsen der Mundschleimhaut des Menschen.** *Monatsh. f. pract. Dermat. 9. 1902. Bd. XXXIV.*

Unter 4500 auf das Vorhandensein von Talgdrüsen an der Mundschleimhaut untersuchten Individuen zeigten 1073, d. h. 23,84 pCt., diese eigenthümlichen Formen. Was das Alter anlangt, so ergab eine genaue Untersuchung von zwei ausgetragenen Föten, sowie an zahlreichen 2—12 Monate alten Kindern ein vollständig negatives Resultat. Ein 18jähriger Jüngling war das jüngste Individuum, bei welchem C. diese Gebilde fand, am häufigsten wurden dieselben zwischen dem 25. und 50. Lebensjahre constatirt.

SEIFERT.

70) **Fontana. Einfluss des Eucain-B auf die Geschmacksorgane. (Influenza della Eucaina-B sugli organi gustativi.)** *Giornale d. R. Academia di Medicina di Torino. Februar 1902.*

Aus den Versuchen des Verf. geht hervor, dass Eucain-B die Geschmacksempfindung für bittere Substanzen völlig aufhebt, diejenige für saure und salzige Stoffe beeinträchtigt und am wenigsten Einfluss hat auf die Geschmacksempfindung für Süss.

FINDER.

71) **D. P. Hänig. Zur Psychophysik des Geschmackssinnes.** *Wundt's philosophische Studien. XVII. 4. S. 576. 1902.*

Die specifischen Endapparate des Geschmackssinnes beschränken sich beim Erwachsenen auf den Zungengrund. Ihre Dichtigkeit ist an der Peripherie der Schmeckfläche am grössten. Die peripheren, physiologischen Substrate vertheilen sich nach ihrer functionellen Differenzirung so auf die Zungenoberfläche, dass die süss empfindenden Elemente besonders gehäuft an der Zungenspitze, die sauer empfindenden an der Mitte der Ränder, die bitter empfindenden im Bezirke der wallförmigen Papillen auftreten.

I. KATZENSTEIN.

72) **Saccone. Ueber die Rindenlocalisation des Geruchs- und Geschmackscentrums. (Sulla localizzazione corticale del centro dell'odorato e del gusto.)** *Annali di Medicina navale. März 1902.*

Verf. hat, um zur Klärung der trotz verschiedener Arbeiten noch immer controversen Frage von dem Sitz des Geruchs- und Geschmackscentrums in der Hirnrinde beizutragen, eine Reihe von Untersuchungen an Hunden mittleren Alters unternommen. Das wichtigste Ergebniss dieser Untersuchungen ist, dass das Geruchscentrum wahrscheinlich seinen Sitz im Corpus callosum hat und zwar im vorderen Theil desselben, während der Geschmack von diesem Centrum unabhängig ist und seinen Sitz nicht daselbst hat.

FINDER.

73) **J. Kohnstamm. Der Nucleus salivatorius chordae tympani (Nervi intermedii).** *Anat. Anzeiger. XXI. 12/13. S. 362. 1902.*

K. wies nach Durchschneidung der zur Submaxillaris gehenden Fasern der Chorda beim Hunde eine Nissl-Degeneration von Zellen nach, die kurz vor dem caudalen Pol des Facialis beginnen und am frontalen Ende des Kaumuskelkerns (N. trigemini) enden.

I. KATZENSTEIN.

74) **Goris. Bezüglich der Excision eines Unterlippencancroids. (A propos de l'excision d'un cancroïde de la lèvre inférieure.)** *Annales de la Soc. Belge de Chir. No. 11. 1902.*

Vermittelst eines ausgiebigen V-Schnitts entfernte G. in einer zusammenhängenden Masse eine noch nicht ulcerirte, schmerzlose, kaum 1 cm breite Neubildung der Unterlippe sammt den abführenden Lymphgefässen, Lymphdrüsen und einen Theil der unter die Submaxillardrüse sich hinziehenden Lymphbahnen, d. h. eine Zone von enormer Ausdehnung proportional zur Bedeutung der Neubildung. Den Werth der Operation werde die Zukunft bezeugen. BAYER.

75) **A. Scharff. Ein neues Verfahren zur radicalen Heilung gutartiger cystischer Tumoren, insbesondere der paradentalen Cysten des Oberkiefers. (D'un procédé nouveau de cure radicale des tumeurs bénignes enkystés et spécialement du kyste paradentaire du maxillaire supérieur.** *Thèse de Nancy. 1902.*

S. theilt die in Frage kommenden cystischen Tumoren ein in a) äussere oder rein faciale, b) innere oder nasale und Nebenhöhlencysten, c) gemischte, facio-nasale, palato-nasale und facio-palato-nasale Cysten. Er giebt eine sorgfältige Beschreibung dieser verschiedenen Abarten, erörtert die durch sie verursachten Symptome und bespricht ihre Diagnose. Er zeigt, dass das am häufigsten geübte Verfahren, nämlich die Eröffnung der Cyste vom Munde aus mit nachfolgender Drainage, nur unvollkommene Resultate giebt und geht dann zur Besprechung der von ihm eingeschlagenen Methode über, die in der modificirten Anwendung der von Caldwell für die Behandlung des Oberkieferhöhlenempyems angegebenen besteht. Er eröffnet die Cyste breit, schliesst dann aber diese Wunde und drainirt durch eine breite Oeffnung nach der Nasenhöhle. Es wird so die Infection vom Munde aus vermieden und die Heilungsdauer verkürzt. A. CARTAZ.

76) **Lindt** (Bern). **Einige Fälle von Kiefercysten.** *Corr.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 13. 1902.*

L. unterscheidet zwischen den folliculären Kiefercysten, welche in Folge abnormer Verhältnisse während der ersten und zweiten Dentition durch Entartung von Zahnfollikeln entstehen, und den periodontalen, welche nach der Zahnung aus den „débris épitheliaux" (Nurlossez) hervorgehen. Beide Formen rufen im späteren Wachsthum durch ihre Vergrösserung Erweichung und Vorwölbung der facialen Oberkieferwand hervor und erzeugen das, was man früher „Hydrops antri Highmori" nannte. Verf. hat innerhalb $2^1/_2$ Jahren 5 zweifellose Fälle von Kiefercysten operirt. Von Antrumempyemen unterscheiden sie sich durch die Knochenvorwölbungen und die dadurch bedingten Gesichtsentstellungen, ferner dadurch, dass man das Freisein der Oberkieferhöhle nachweisen kann. In einem Fall des Verf.'s war die Diagnose wegen der langsamen Entwickelung der Cyste, die sich durch eine Fistel oberhalb des ersten Molaris entleerte, besonders schwierig. Zwei Fälle zeichneten sich durch reichliche Granulationswucherung und Ulceration des aufgetriebenen Knochens aus, wodurch das ursprüngliche Krankheitsbild verwischt wurde. Fast stets war der Eckzahn und die Schneidezähne betheiligt. Charakteristisch für Cysten sind namentlich die Zahnfistelbildungen in der Fossa

canina, am harten Gaumen, am Unterkiefer, auch die Exacerbationen des Uebels nach Zahnextractionen.

Therapeutisch führt bei einigermaassen grossen Cysten nur radicales Ausschneiden alles entzündeten Gewebes nach Fortnahme der ganzen vorderen Cystenwand und die Schaffung einer breit mit Mund und Nase communicirenden epithelfreien Wundfläche zum Ziel. Dann — eventuell monatelang fortgesetzte — Tamponade alle 2—3 Tage. Die interessante und in mancher Richtung wegweisende Arbeit ist eingehenden Studiums werth.

JONQUIÈRE.

77) **J. Pelnár** (Prag). **Bakteriologische Versuche über die Wirkung unserer Mundwässer.** *Wien. klin. Rundschau. No. 11 u. 12. 1902.*

Die Versuche, die P. mit mehreren der gebräuchlichen Mundwässer anstellte, liessen ihn den Schluss ziehen, dass die in den verschiedenen Prospecten mitgetheilten Anpreisungen über Desinfection und sichere antiseptische Wirkung vollständig unbegründet sind, und dass diese Mundwässer ausser dem angenehmen Geschmacke keine Vorzüge aufweisen gegenüber dem Gurgeln mit Brunnenwasser und etwas Alkoholzusatz.

CHIARI.

78) **Geo F. Eames. Mundhygiene. (Oral hygiene.)** *N. Y. Medical Record. 6. September 1902.*

Verf. giebt Vorschriften zur Reinigung der Zähne, des Zahnfleisches und der Zunge. Wenn in den Gaumentonsillen Buchten und Taschen sich finden, in denen zur Zersetzung neigendes Secret sich ansammeln kann, so sollen sie mit dem Galvanokauter zerstört werden.

LEFFERTS.

79) **Hermann. Ein Fall von syphilitischem Primäraffect an der Wangenschleimhaut eines siebenjährigen Mädchens.** (Vortrag in der Sections-Sitzung des Centralvereins Deutscher Aerzte in Karlsbad, 7. December 1901.) *Wien. zahnärztl. Monatsschr. H. 1. 1902.*

H. betont die Seltenheit obigen Falles 1. mit Rücksicht auf das Alter, 2. auf die Eingangspforte des syphilitischen Virus, 3. mit Rücksicht auf das Zustandekommen der Infection, das aber nicht mit Sicherheit aufgeklärt werden konnte.

CHIARI.

80) **Morestin. Krebs der Wange. (Cancer de la joue.)** *Société anatomique. 14. Februar 1902.*

Carcinom des Mundwinkels, das mit dem Unterkiefer verwachsen war und die Drüsen befallen hatte. M. beschreibt das für die Exstirpation des Tumors und die Deckung des Substanzverlustes eingeschlagene Operationsverfahren.

PAUL RAUGÉ.

81) **Hicguet. Wangentumor. (Tumeur de la joue.)** *La Policlinique. No. 6, 1902.*

Schmerzloser, zwischen den beiden Wangenwänden eingebetteter, harter Tumor; keine Zahncaries vorhanden; leicht fluctuirende Lymphdrüse in der Unter-

kiefergegend. H. ist über die Natur der Geschwulst im Zweifel, vermuthet aber ein Sarkom. Vorstellung des Patienten in der Sitzung der Poliklinik am 7. März 1902.

BAYER.

82) Grünbaum und Rolleston. **Endotheliome der Wange und Lippe. (Endothelioma of the cheek and lip.)** *Brit. Med. Journal. 3. Mai 1902. Pathological Society of London.*

Es werden vorgestellt drei Tumoren der Wange und einer der Oberlippe; der eine Wangentumor hatte seinen Ursprung vom Endothel eines Lymphgefässes genommen, der andere war entstanden durch Wucherung der Endothelzellen, die den perivasculären Raum um ein Gefäss herum auskleideten; die beiden anderen Tumoren hatten grosse Aehnlichkeit mit den Endotheliomen der Speicheldrüse.

E. WAGGETT.

83) A. Vilanova (Barcelona). **Klinisches Studium der Leucoplacia buccalis. (Estudio clinico de la leucoplacia buccalis.)** *Revist. de Medic. y Cirug. Practic. 28. Decbr. 1901.*

Ausführliche Behandlung der Aetiologie, Symptomatologie und Therapie genannter Krankheit.

R. BOTEY.

84) Brunard. **Ein Fall von Wasserkrebs. (Un cas de Noma.)** *La Clinique No. 1. 1902.*

Noma im Verlauf eines Typhoids bei einer 7jährigen Patientin; ausgebreitete Zerstörungen; trotz Serotherapie und Behandlung mit oxygenirtem Wasser Exitus letalis. Es wurden Löffler'sche Bacillen nachgewiesen. Mittheilung der Autopsie.

BAYER.

85) K. Sternberg. **Demonstration anatomischer Präparate von Chlorom.** (Gesellschaft für innere Medicin in Wien, Sitzung vom 12. December 1901.) *Wien. med. Wochenschr. No. 1. 1902.*

51jährige Frau starb unter schwer zu deutenden klinischen Symptomen. Bei der Section zeigten sich sämmtliche Speicheldrüsen sehr vergrössert, von einander abgrenzbar, an der Oberfläche und am Durchschnitte grasgrün gefärbt; der Mundhöhlenboden, der weiche Gaumen und die hintere Rachenwand waren von einem grünlichen Gewebe infiltrirt, durch welches auch die Tonsillen substituirt waren. Der Fall bietet Analogie mit Lymphosarkom, der Farbstoff dürfte ein Lipochrom sein.

CHIARI.

86) W. Egbert Robertson und Charles C. Biedert. **Angina Ludovici als Complication von Typhus. (Ludwig's Angina complicating Typhoid fever.)** *American Medicine 28. December 1901.*

Die Angina Ludovici begann in der zweiten Woche eines mittelschwer verlaufenden Typhus. Infolge starken Oedems des Pharynx- und Larynxeingangs trat so heftige Dyspnoe auf, dass zur Tracheotomie geschritten werden musste. Bereits 10 Stunden nach dem Auftreten der Symptome trat plötzlicher Tod ein.

EMIL MAYER.

87) **Kamnew. Ein Fall von Angina Ludovici. (Slutsch. Ang. Lud.)** *Wrat. Gaz. No. 5. 1902.*

Die Geschwulst war sehr bedeutend, betraf die Gegend unter dem Unterkiefer und die Zungenwurzel. Es wurden zu wiederholten Malen Einschnitte gemacht, ohne dass sich Eiter gezeigt hätte. Der Fall endete tödtlich.

P. HELLAT.

88) **Retschnigg. Mediastinitis anterior nach einer Angina des Mundhöhlenbodens.** (Verein der Aerzte in Steiermark, Sitzung vom 20. Mai 1901.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 24. 1902.*

Der Titel besagt den Inhalt.

CHIARI.

89) **Potherat. Dermoidcyste des Mundbodens. (Kyste dermoide du plancher buccal.)** *Société de chirurgie. 29. Juni 1902.*

Die Cyste konnte mit Leichtigkeit vom Munde aus entfernt werden. Es trat Heilung ein.

PAUL RAUGÉ.

90) **Minz. Ein Fall von primärer Tuberculose der Parotis. (Slutschai perwitsch. tuber. okolousch. shelesi.)** *Letop. chirurg. Ob. w Moskwe. 1902.*

Der Fall betraf einen 3jährigen Knaben. Die Diagnose wurde zunächst fälschlich auf einen Tumor gestellt und daher die Drüse fast ganz exstirpirt. Der Facialis wurde soweit als möglich geschont.

P. HELLAT.

91) **Raymond Johnson** und **T. W. P. Lawrence. Endotheliom der Speicheldrüsen. (Endothelioma of Salivary glands.)** *Brit. med. Journal. 3. Mai 1902. Pathological Society of London.*

Verff. betrachten die in Frage kommenden Geschwülste der Speicheldrüse als solche bindegewebigen und nicht epithelialen Ursprungs; ihre Structur kann am meisten mit den embryonalen Gefässen verglichen werden.

E. WAGGETT.

92) **W. W. Morley. Parotitis nach Laparotomie. (Parotitis following abdominal section.)** *American Gynaecology. December 1902.*

Parotitis als Folgeerscheinung operativer Eingriffe an den Bauch- oder Beckenorganen ist verhältnissmässig selten; der ätiologische Zusammenhang zwischen beiden ist durchaus dunkel. Verf. hat 51 einschlägige Fälle aus der Literatur zusammengesucht und kommt auf Grund einer Analyse dieser mitgetheilten Beobachtungen zu folgenden Schlüssen: Es besteht eine intime Beziehung zwischen der Parotis und den Abdominal- und Beckenorganen; als Träger dieser Beziehung ist wahrscheinlich das sympathische Nervensystem anzusprechen. Ob es im einzelnen Fall zu einer Vereiterung der Parotis kommt oder nicht, hängt ganz von den localen Verhältnissen in der Drüse ab. Obwohl die Complication nach jeder an den Bauch- und Beckenorganen vorgenommenen Operation beobachtet werden kann, kommt sie am häufigsten nach Ovariotomien vor. An und für sich bedeutet sie für den Patienten kein bedrohliches Ereigniss; doch beobachtet man häufig, dass ihr Auftreten einen Wendepunkt in dem Verlauf der Krankheit bedeutet.

EMIL MAYER.



d. Diphtherie und Croup.

93) **J. M. Swan. Notiz über die Behandlung der Diphtherie. (A note on the treatment of diphtheria.)** *Proceedings Philadelphia Medical Society. November 1902.*

Verf. behandelt die Diphtherie so, dass er auf Nasen- und Rachenschleimhaut zuerst eine schwache Carbolsäurelösung, später Sublimatlösung und zuletzt 8 proc. Höllensteinlösung applicirt.

EMIL MAYER.

94) **John P. Bates. Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *The Chicago Clinic. Januar 1902.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

95) **T. B. Johnson. Diphtherie und ihre Behandlung. (Diphtheria and its treatment.)** *The Medicus. Januar 1902.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

96) **A. Zdekauer** (Trautenau). **Formalin bei Diphtherie.** *Prag. med. Wochenschrift. No. 9. 1902.*

Gute Erfolge von Bepinselung der Membranen mit reinem Formalin (Formaldehyd 40 proc. Lösung), wobei u. A. ein stärkeres Schrumpfen der Tonsillen beobachtet wurde.

CHIARI.

97) **Notiz des Herausgebers. Die präventive Serumtherapie bei Diphtherie. (La Sérothérapie préventive de la diphtérie.)** *Le Bulletin Médical de Québec. December 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

98) **Henry D. Tump. Die Dauer der durch Diphtherie-Antitoxin bewirkten Immunität. (Duration of immunity by Diphtheria antitoxin.)** *Philadelphia Medical Journal. 11. Januar 1902.*

Alle der Infectionsgefahr ausgesetzten Personen sollen einer Präventivimpfung unterzogen werden, und zwar sollte die Dosis für Kinder unter 2 Jahren 250, für alle andern 500 Immunitätseinheiten betragen. Die durch ein zuverlässiges Präparat bewirkte Immunität hält mindestens 3 Wochen an. Wenn daher die räumliche Entfernung aus dem Bezirke der Ansteckungsgefahr nicht möglich ist, sollte die Impfung alle 3 Wochen wiederholt werden.

EMIL MAYER.

99) **M. R. Braswell. Eine persönliche Erfahrung mit Antitoxin. (A personal experience with antitoxin.)** *The Caroline Medical Journal. Januar 1902.*

Obwohl in dem Fall — der des Verf. Sohn betrifft — die Injection erst am 12. Krankheitstage, nach positivem Ergebniss der bakteriologischen Untersuchung, gemacht wurde, war der Erfolg ein sofortiger und eklatanter.

EMIL MAYER.

100) **K. Rosenfeld** (Stratzing). **Zur Diphtheriebehandlung.** *Medic. chirurg. Centralblatt. No. 16. 1902.*

Günstige Erfolge von der Serumtherapie in der Landpraxis. Auch befriedigende Resultate von der präventiven Injection.

CHIARI.

101) **Wolf** und **Friedjung** (Wien). **Diphtherie.** *Medic. Blätter. No. 28 u. 29. 1902.*

Die beiden Autoren berichten über die Erfolge der Serumtherapie. — Im Jahre 1901 wurden auf der Diphtherie-Abtheilung der Wiener allgemeinen Poliklinik 129 Kinder behandelt. — Mortalität 6,3 pCt.

CHIARI.

102) **Notiz des Herausgebers. Der Werth des Antidiphtherie-Serums. (The value of antidiphtheric Serum.)** *Journal American Medical Association. 8. März 1902.*

Es empfiehlt sich die frühzeitige Anwendung des Serums in jedem auch nur verdächtigen Fall.

EMIL MAYER.

103) **Mitscha** (Melk). **Die Erfolge der Heilserumtherapie bei Diphtheritis im polnischen Bezirke Melk während der letzten fünf Jahre.** *Wien. klin. Wochenschrift. No. 21. 1902.*

Verwendet wurde Heilserum Wiener Provenienz. — Von den mit Heilserum behandelten Kranken starben 20,27 pCt., von den nicht mit Heilserum behandelten 34,48 pCt.

CHIARI.

104) **van Nieuwenhuis. Die Injection antidiphtheritischen Serums. (L'injection de sérum antidiphtérique.)** *La Clinique. No. 13. 1902.*

Vorlesung aus der Lorthioir'schen Klinik im St. Petrus-Hospitale, gehalten von Dr. Mills. Der Autor spricht dem Serum immunisirende Action ab. Die Injection dürfe nur bei reiner Diphtheritis (Infection mit dem Löffler'schen Bacillus) vorgenommen werden und dann 2—3 mal zuerst in der Periode der Invasion, dann in der Akme und schliesslich in der Abfallsperiode; letzteres möchte wohl die wichtigste sein. Mills hält nichts von dem Antistreptokokkenserum von Denys (Löwen), weil nichts weniger erwiesen sei, als die Virulenz des Streptococcus.

BAYER.

105) **Joseph Mullen. Bericht über eine Intubation mit Complicationen. (Report of an intubation with complications.)** *Oklahoma Medical Journal. September 1901.*

Sechs Wochen nach der Intubation musste, da alle Exstubationsversuche fehlschlugen, die Laryngo-Tracheotomie gemacht und der Tubus nach oben in den Mund gestossen werden. Heilung.

EMIL MAYER.

106) **Geo. M. Bailey. Intubation eines 7 Tage alten Kindes. (Intubation of an infant 7 days old.)** *American Medicine. 2. November 1901.*

Es handelte sich um eine Laryngitis — wahrscheinlich im Gefolge von Masern —, die so starke Dyspnoe verursachte, dass zur Intubation geschritten werden musste.

EMIL MAYER.

107) **Walter A. Wells. Intubation bei Kehlkopfdiphtherie. (Intubation in laryngeal diphtheria.)** *Virginia Medical Times. 24. Januar 1902.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

108) **Notiz des Herausgebers. Indicationen für die operative Behandlung diphtherischer Kehlkopfstenosen. (Indications for operative treatment of diphtheric stenosis of the Larynx.)** *Journal American Medical Association. 1. Februar 1902.*

Primäre Tracheotomie ist angezeigt bei Asphyxie und Collaps, bei Pneumonie, bei Lähmung des Gaumens und Zwerchfells, bei tiefgreifenden Veränderungen im Pharynx, z. B. ausgedehnter Nekrose. Secundäre Tracheotomie kommt in Frage, wenn — bei liegendem Tubus — die Stenoseerscheinungen andauern, vorausgesetzt, dass eine Verstopfung desselben ausgeschlossen werden kann, ferner eine Lähmung des Gaumens und Zwerchfells auftritt. Intubation ist nicht zu empfehlen bei Säuglingen wegen der engen räumlichen Verhältnisse im Rachen und wegen der Schwierigkeit der Ernährung der intubirten Kinder.

EMIL MAYER.

109) **Brunard. Ueber die Ursachen der verlängerten Intubation bei Croup. (Des causes de l'Intubation prolongée dans le croup.)** *La Clinique. No. 23. 1902.*

Der Glottisspasmus ist es, welcher, ehe noch ein mechanischer Glottisverschluss vorliegt, die Intubation erheischt; er ist es auch, welcher der Tubenentfernung im Wege steht. Seine Grundursache liegt in einer erhöhten Reflexerregbarkeit. Diese kann beeinflusst werden durch Tumoren der Nachbarschaft des Kehlkopfs (Hypertrophie der Thymus, Anschwellungen der Tracheobronchialdrüsen), Tumoren der Zungenbasis (der Autor hat eine Cyste der Zungenbasis den Grund zur verlängerten Intubation abgeben sehen); ferner Larynxpapillome, Retropharyngealabscesse; häufig adenoide Wucherungen, ebenso Mandelhypertrophien; weiterhin Lungenaffectionen, pleuritische Exsudate, Pneumonien, hauptsächlich Bronchopneumonien; bei letzteren insbesondere zeigt sich die Intubation der Tracheotomie überlegen. Fernerhin können acute Larynxaffectionen (z. B. Masern) dem Croup ähnliche Larynxstenosen veranlassen.

Ungeschickt ausgeführte oder schlecht überwachte Intubation kann der Entfernung der Tube hinderlich sein, indem sie Glottisödem oder Kehlkopfulcerationen verursacht, welche die Reizbarkeit des Larynx unterhalten; desgleichen ungeschickt ausgeführte Extractionsversuche der Tube, sei es mit dem O'Dwyer-schen Extractor, sei es mit der Bayeux'schen Enucleation. Bei umfangreichen Retropharyngealabscessen und adenoiden Wucherungen muss die Tracheotomie für die Intubation eintreten.

Die Entfernung der Tube muss mit Vorsicht gemacht und genau überwacht werden; nur im äussersten Nothfall soll reintubirt werden, dadurch wird man häufig Secundärtracheotomien ersparen.

BAYER.

110) **E. Rosenthal. Prolongirte Intubation. (Prolonged Intubation.)** *Journal American Medical Association. 22. März 1902.*

Verf. giebt zunächst einen Ueberblick über die Umstände, die zu einer verlängerten Intubation Anlass geben können und schildert sodann die Reizzustände, die durch das lange Liegenbleiben der Tube veranlasst werden, sowie die Verletzungen, die gelegentlich der In- und Extubation bisweilen gemacht werden.

EMIL MAYER.

111) **Rauchfuss. Intubationsröhre neuen Musters. (Intub. toubka nowke ebresta.)** *R. Wr. p. 748. 1902.*

R. demonstrirte im Verein St. Petersburger Kinderärzte eine Intubationsröhre, die er aus Ebonit hat herstellen lassen. Ausserdem weicht sein Instrument in einigen unwesentlichen Details von dem O'Dwyer'schen ab. P. HELLAT.

112) **Valagussa. Einige Modificationen am Instrumentarium für Kehlkopfintubation bei Croup. (Alcune modificazioni all'istrumentario d'intubazione della laringe nel croup.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. Juli 1902.*

Die Verbesserung, in Folge deren die Intubation eine leichtere sein soll, besteht im Wesentlichen darin, dass der Tubus nicht, wie bisher, mit dem Introductor einen rechten Winkel, sondern eine gekrümmte Linie bildet, die der Krümmung des die Epiglottis niederdrückenden Zeigefingers angepasst ist. Ferner hat Verf. die Ferrond'sche Pincette zur Einführung des Tubus ohne Mandrin verbessert. Die Instrumente des Verf.'s sind zu beziehen von Carpani und Salvini (Rom, Corso Vittorio Emanuele 103). FINDER.

113) **Kalm** (Leipzig). **Tracheotomie und Intubation als Stenosenoperationen bei Diphtherie.** *Jahrb. f. Kinderheilkde. 55. Bd. 1. u. 2. H. 1902.*

Auf Grund des reichen Leipziger Materials wird die Intubation in ihrer Beziehung zum Diphtherieheilserum und als Concurrenzoperation der Tracheotomie eingehend behandelt. Bei schon rachitischen Kindern bis zu $1^1/_2$ Jahren verlangt Soltmann die Tracheotomie. Tritt nach 3—4maligem erfolglosen Versuch der Extubation sofortige Stenose auf, so verlangt Soltmann die secundäre Tracheotomie. Die Intubation in der Privatpraxis kann unter gewissen Vorbedingungen versucht werden. SEIFERT.

114) **Vercanteren. Croup und Tracheotomie. (Croup et Tracheotomie.)** *Annales de la Méd. de Gand. 2. Januar 1902.*

Mittheilung von 8 Fällen diphtherischen Croups. Daran anschliessend macht der Autor die Betrachtung, dass die Tracheotomie im Stande sei, einer guten Anzahl Croupkranker das Leben zu retten, jedenfalls habe er beinahe die absolute Sicherheit, dass seine Kranken ohne dieselbe zu Grunde gegangen wären.

Man beeile sich bei der Tracheotomie wegen Croup nicht mit dem Einführen der Trachealcanüle und wende nicht den Dilatator dazu an. Eine peinliche Sorgfalt dagegen verwende man auf die Reinigung der Trachea während und in der ersten Zeit nach der Operation; das sei von der grössten Wichtigkeit. Endlich soll die Canüle so bald als möglich entfernt werden. Nach 24 Stunden erstes

Herausnehmen der äusseren Canüle und Versuch mit Athmen auf natürlichem Wege.

BAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

115) **Walter A. Wells. Kehlkopfspasmus beim Erwachsenen. (Laryngeal spasm in tho adult.)** *Medical Critic. Avril 1902.*

Mittheilung eines Falles, dessen Pathogenese unbekannt ist.

EMIL MAYER.

116) **James Francis Mc Caw. Chorea laryngis. (Laryngeal Chorea.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1902.*

Bericht über einen Fall. Es handelte sich um ein neuropathisch veranlagtes Mädchen im Pubertätsalter, das an choreatischen Zuckungen des Körpers litt und einen trockenen bellenden Husten ausstiess, der mit geringen Unterbrechungen den ganzen Tag über anhielt, um nur während des Schlafes in der Nacht auszusetzen.

EMIL MAYER.

117) **Garel** (Lyon). **Compressions-Husten. (Toux de compression.)** *Société médicale des Hôpitaux de Lyon. 31. Januar 1902.*

Dieser keuchhustenähnliche, vom Verf. als „toux de chien" bezeichnete Husten ist charakteristisch für das Vorhandensein einer Compression der Bronchien und unterscheidet sich — wie G. das durch Wiedergabe von phonographischen Aufnahmen demonstrirt — durch seine eigenthümliche Klangfarbe durchaus vom gewöhnlichen Husten. Er findet sich nur bei Erkrankungen im Mediastinum, z. B. substernalen Strumen, Aneurysmen, Carcinomen, Drüsengeschwülsten und zwar nur, wenn die Trachea oder ein Hauptbronchus von der Compression betroffen sind. Dieser Compressionshusten hat nach dem Verf. grosse diagnostische Bedeutung, da er sich oft schon dann findet, wenn noch kein anderes Symptom auf das Vorhandensein einer Mediastinalerkrankung hinweist.

PAUL RAUGÉ.

118) **Leuriaux. Die Serotherapie beim Keuchhusten. (De la Sérothérapie de la Coqueluche.)** *La Clinique. No. 21. 1902.*

L. hat zur Behandlung des Keuchhustens ein Serum hergestellt, welches injicirt folgende Erscheinungen hervorbringt:

1. mehr oder weniger bedeutende Temperaturerhöhung von mehr minder langer Dauer (4—6 Stunden);
2. leichtere Expectoration;
3. Abnahme der Anfälle an Intensität;
4. graduelle und progressive Abnahme des „Keuchhustenschreis" und Verschwinden desselben; und endlich

unleugbare Besserung des Allgemeinzustandes.

L. hat nie unangenehme Zufälle erlebt, wie sie beim antidiphtheritischen Serum vorkommen. Sobald die Diagnose festgestellt ist, muss eingespritzt werden; 5 ccm genügen bis zu 3 Jahren, darüber 10 ccm; gewöhnlich kommt man mit einer Injection aus.

L. theilt 10 Beobachtungen mit. Auf 62 Fälle hat er nur 5 Misserfolge zu verzeichnen. BAYER.

119) **Leuriaux. Das pathogene Princip des Keuchhustens und die Serotherapie dieser Affection. (L'agent pathogène de la coqueluche et la sérothérapie de cette affection.)** *La Clinique. No. 30. 1902.*

L. hat aus Keuchhustenschleimmassen einen dem Colibacillus ähnlichen Bacillus isolirt, der sich als kurzes, gedrungenes, ebenso breites wie langes Stäbchen, von ovoider Form mit abgerundeten Enden präsentirt und eine Aërobe ist. Seine Inoculation zeigt eine sehr energische Virulenz. Die Toxicität seiner Secretionsproducte liegt ebenfalls ganz klar zu Tage.

Bezüglich der Serotherapie hat L. nach dem Roux'schen Vorgang für antidiphtheritisches Serum ein Serum hergestellt, mit welchem er sehr befriedigende Resultate erzielt hat. Gleich im Anfangsstadium des Keuchhustens angewandt, bringe es denselben in wenigen Tagen (5—8) zur Heilung, und auch in späteren Stadien mit schweren Keuchhustenanfällen und bei complicirten Fällen wirke es zweifellos als ein die Anfälle milderndes Mittel.

Unter 66 Fällen habe er nur 5 Misserfolge zu verzeichnen. BAYER.

120) **Larthioir. Bezüglich der Behandlung des Keuchhustens mit dem Dr. Leuriaux'schen Serum. (A propos du traitement de la Coqueluche par le Sérum du Dr. Leuriaux.)** *La Clinique. No. 33. 1902.*

L. hat das Leuriaux'sche Serum gegen Keuchhusten 13mal angewandt mit folgendem Ergebniss:

1. das Serum vermindert die Anzahl der Hustenanfälle;
2. es gab weder zu localen noch zu allgemeinen Zufällen Veranlassung;
3. nur in 2 Fällen wurde ephemere Temperatursteigerung nach der Injection beobachtet, und zwar bei Kindern, welche mit Knochenaffectionen tuberculöser Natur behaftet waren, die zuvor schon Fieber veranlasst hatten;
4. die Action des Serums bleibt sich gleich, sei es, dass es allein, sei es, dass es gemeinschaftlich mit Brechmitteln angewandt wurde;
5. damit das Serum seine volle Wirksamkeit entfalten kann, darf das Kind keinem Temperaturwechsel ausgesetzt werden und muss folglich im Zimmer bei 18° Temperatur gehalten werden;
6. nicht immer genügt eine Injection, manchmal sind 2 oder gar 3 nothwendig;
7. der für die Injection günstigste Augenblick ist der Beginn der Krankheit, sofort nach Feststellung der Diagnose;
8. frisch zubereitetes Serum scheint günstiger zu wirken als länger aufbewahrtes;
9. wenn die Schleimmassen hell sind, keine Koch'schen Bacillen, Streptokokken und Leukocyten in grösserer Anzahl enthalten, dann erzielt man die schnellste Heilung; bei Bakterienassociationen wirkt es anfallvermindernd, aber seine Action auf den eigentlichen Husten ist gleich Null. BAYER.

121) **A. Risch. Zur Casuistik der Aphasie mit Agraphie und Alexie.** *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. LIX. H. 2/3.*

Es wurde in dem vorliegenden Falle ein Krankheitsherd in der Reil'schen Insel angenommen, der auf die Leitungsbahnen übergreift, die zum Lesecentrum führen.

J. KATZENSTEIN.

122) **L. Barajas** (Madrid). **Motorische Form des Kehlkopf-Hysterismus. (Histerismo laringeo de forma motora.)** *Boletin de Laringol., Otol. y Rinolog. Mai und Juni 1902.*

Eingehende Schilderung zweier Fälle von motorischer Lähmung gewisser Kehlkopfmuskeln infolge Hysterie und einige an dieselben sich anschliessende Schlussfolgerungen.

R. BOTEY.

123) **Galleschi. Hysterische Stummheit. (Mutismo isterico.)** *Annali di Laringologia, Otologia etc. October 1902.*

In dem mitgetheilten Fall handelte es sich um eine 37 jährige Frau, die im Jahre 1895 nach einem Erdbeben aphonisch wurde und einige Monate später, nachdem sie einen leichten Masernanfall überstanden hatte, total stumm erwachte. Die objective Untersuchung ergab ausser einer Adductorenlähmung im Kehlkopf nichts Abnormes. Nachdem die Diagnose der hysterischen Stummheit gesichert war, wurde bei der Kranken, die sich allen anderen therapeutischen Maassnahmen gegenüber refractär erwiesen hatte, unter Chloroformnarkose die Scheinoperation einer angeblich vorhandenen Kehlkopfgeschwulst vorgenommen, indem ihr ein Stückchen von der Uvula fortgeschnitten wurde. Der Erfolg der Suggestion war, dass die Patientin unmittelbar nach der Operation mit lauter Stimme sprechen konnte.

FINDER.

124) **Oltusrewski. Ein Fall von Aphonie infolge von spastischer Lähmung der Musc. crico-arytenoid. post.** *Medycyna. No. 37. Z Posccdzén laryngologicznych.*

Es handelte sich um einen 14 jährigen Jungen, der infolge eines Schreckes stotterte. Das Stottern ging allmählich in völlige Aphonie über. Laryngoskopisch wurde vom Verf. eine Lähmung der Muscul. crico-arytenoid post. constatirt, welche seiner Meinung nach auf einer permanenten spastischen Contractur dieser Muskeln beruhte. Bei systematischer Behandlung (Sprechübungen) stellte sich das Sprechvermögen im Laufe von einigen Wochen wieder ein.

v. SOKOLOWSKI.

125) **J. van Bieroliet. Ueber die wurzelartigen Localisationen der motorischen Fasern des Kehlkopfes. (Recherches sur les localisations radiculaires des fibres motrices du larynx.)** *Le Nevraxe. T. 3. Fasc. 3. p. 295/306.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

I. KATZENSTEIN.

126) **A. Onodi** (Budapest). **Die Verbindungen der oberen und unteren Kehlkopfnerven im Gebiete des Kehlkopfes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XII. S. 450. 1902.*

Im Gebiete des Musc. arytaenoid. transversus existiren mehrfache Verbindungen zwischen dem inneren Aste des oberen Kehlkopfnerven und dem für den Musc. aryt. transversus bestimmten Zweige des unteren Kehlkopfnerven, und

zwar wies Onodi ausser verschiedenen oberflächlichen Verbindungen auch solche in der Tiefe des Muskels nach. „An der Innervirung der Schleimhaut nimmt der innere Ast des oberen Kehlkopfnerven in überwiegender Weise und der untere Kehlkopfnerv Theil, ausserdem kreuzen sich die sensiblen Zweige in der Mittellinie, wodurch in der Schleimhaut des Kehlkopfes eine gekreuzte, doppelte, sensitive Innervation besteht."

Onodi zeigt, dass diese Verhältnisse beim Menschen durch die bei Reptilien erhobenen Befunde von Austausch und Kreuzung der Kehlkopfnerven eine interessante phylogenetische Beleuchtung und Erklärung erfahren. Die vergleichend-anatomischen Studien an Amphibien u. a. erweisen auch die Richtigkeit der Anschauung, dass der Accessorius mit der Innervation des Kehlkopfes nichts zu thun hat. Die Kehlkopfmusculatur stammt von der Pharynxmusculatur ab und beide werden vom Vagus und seinen Aesten, den Kehlkopfnerven, versorgt. Entsprechend dem gemischten Charakter des Vagus ist sowohl der obere als der untere Kehlkopfnerv gemischter Natur, und die für den Vagus charakteristischen Geflechtbildungen bei den unpaarigen Organen kommen am Kehlkopf in den mehrfachen Verbindungen und dem Faseraustausch der Kehlkopfnerven zum Ausdruck.

F. KLEMPERER.

127) **Otto Frese** (Halle a/S.). **Experimentelle Beiträge zur Frage nach der verschiedenen Vulnerabilität der Recurrensfasern.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie Bd. XIII. H. 3. S. 305. 1903.*

Fr. prüfte die Einwirkung verschiedener Gifte auf den Recurrens, indem er ein Stück desselben frei präparirte und in Wattebäuschchen, die mit einer Lösung des betreffenden Giftes getränkt waren, einhüllte. (Gegen die unterliegenden Gewebe wurde durch Einlegen eines Stücks Guttaperchastoff ein Abschluss hergestellt; die Bewegungen der Stimmbänder wurden von der Trachea aus durch eine künstliche Oeffnung derselben beobachtet.)

Aether, Chloroform, Physostigmin, Atropin, Morphin und Opium erwiesen sich ohne Wirkung auf die periphere Nervenfaser.

Cocain und Carbolsäure erzeugten in schwächerer Lösung ein Nachlassen der Beweglichkeit des betreffenden Stimmbandes, und zwar zeigte sich in allen Versuchen ein früheres Nachlassen der Abduction. Die Schädigung der Posticusfasern, die am frühesten eintrat, dauerte andererseits am längsten: zu einer Zeit, wo die Adduction schon wieder normal war, blieb das Stimmband bei seiner Aussenbewegung noch hinter dem der anderen Seite zurück. Bei totaler Lähmung des Stimmbandes wurde in einigen Versuchen durch elektrische Reizung central von der Läsionsstelle noch starke Adduction erzielt. Wenn die electrische Erregbarkeit temporär erloschen war, kehrte sie früher zurück als die spontane. — Starke Lösungen (5 pCt.) dieser beiden Gifte verursachten zu schnell die totale Lähmung, als dass ein Unterschied in der Schädigung der Erweiterer und Verengerer hätte wahrgenommen werden können, doch war ein solcher bei der späteren Erholung zu erkennen.

Von Interesse sind die Versuche mit wässriger Ammoniaklösung. Die lähmende Wirkung war hier meist eine fast momentane, so dass von einem früheren

Erlahmen der einen oder anderen Muskelgruppe keine Rede sein konnte. Die Schädigung des Nerven war auch eine viel intensivere, nur in einem Falle war nach einigen Tagen eine geringe Wiederkehr der spontanen Beweglichkeit des Stimmbandes bemerkbar; dabei aber functionirten die Erweiterer besser als die Verengerer. Auch die elektrische Reizung der Läsionsstelle oder einer central von ihr gelegenen Partie des Nerven ergab in diesen Fällen bemerkenswertherweise Abduction (während peripherer von der Läsionsstelle stets Adduction erhalten wurde).

Verf. sieht durch diese Resultate die durch die Fraenkel-Gad'schen u. A. Versuche festgestellte Lehre von der verschiedenen Vulnerabilität der Recurrensfasern bestätigt. Sie erweisen die leichtere Lädirbarkeit der Abductorfasern, die Ammoniakversuche aber zeigen andererseits, dass nicht in allen Fällen die Erweitererfasern die zuerst und am intensivsten geschädigten sind, sondern dass auch das umgekehrte Verhalten vorkommen kann.

Besonders bemerkenswerth schliesslich sind 2 Versuche mit Curarevergiftung, welche die physiologische Seite der Recurrensfrage zu beleuchten geeignet sind. Das Curare lähmt bekanntlich nur die motorischen Endorgane in den Muskeln und lässt die periphere Nervenfaser intact. Bei langsamer Curarevergiftung eines Hundes sah Verf. die Stimmbänder in Cadaverstellung treten, bei gelegentlichen tiefen Inspirationen sich weit nach aussen bewegen, während weder spontan, noch reflectorisch durch sensible Reize Glottisschluss zu Stande kommt. Nach einiger Zeit (15 Min.) hörten auch die gelegentlichen Abductionsbewegungen auf und gleich darauf trat Exitus ein. In einem zweiten gleichverlaufenden Versuche wurde zu der Zeit, wo noch spontan Abduction eintrat, Adduction aber spontan oder reflectorisch nicht mehr ausgelöst werden konnte, durch elektrische Reizung des Recurrens starke Adduction erzielt, was in schwächer werdendem Maasse bis fast zum Tode anhielt.

Aus diesen beiden Versuchen folgert Verf., dass bei Curarewirkung die Verengerer erheblich früher erlahmen, als die Erweiterer; dass es aber nicht die motorischen Endorgane in den Verengerern sind, die früher oder stärker geschädigt würden, als die in den Erweiterern; dass vielmehr die Abductoren stärkere motorische Impulse vom Centralorgan empfangen, als die Verengerer.

F. KLEMPERER.

128) **A. Cahn** (Strassburg). **Ueber die periphere Neuritis als häufigste Ursache der tabischen Kehlkopflähmungen.** *Deutsche Arch. f. klin. Med. Bd. 73. 1902.*

Bald nach dem Auftreten rheumatischer Schmerzen konnte Cahn bei einem Tabiker eine doppelseitige Lähmung der Glottiserweiterer feststellen, ebenso an einem zweiten Falle, bei welchem Anfangs tabische Larynxkrisen aufgetreten waren. Auf Grund eigener und in der Literatur gesammelter Beobachtungen lässt sich sagen, dass in der Mehrzahl der Fälle von tabischer Kehlkopflähmung man ausschliesslich Veränderungen an den peripheren Nerven findet und zwar lässt sich an der Hand des vorhandenen Materials feststellen: a) isolirte Degeneration der Muskeln (resp. der intramusculären Nervenelemente), b) Degeneration des N. recurrens allein, c) Degeneration des Recurrens und des Vagusstammes

am Hals oder bis an die Medulla oblongata heran oder endlich in dieselbe hinein bei normalen Kernen. Von sicheren Kernalterationen sind nur wenige Fälle bekannt, nur einmal ist die Erkrankung des Nucleus ambiguus wirklich nachgewiesen. Auch bei nachgewiesenen Kernveränderungen fand sich regelmässig eine periphere Nervendegeneration, oft beträchtlicher und wichtiger als jene. Das klinische Bild weist in den Fällen, in welchen die periphere Veränderung allein vorhanden war oder prävalirte, Medianstellung der Stimmbänder auf, dagegen ist bei den Fällen von Kernatrophie das klinische Bild wechselnd: es fanden sich ein- und doppelseitige Cadaverstellung, Medianstellung und Störungen der Sensibilität.

SEIFERT.

129) **Collet** (Lyon). **Lähmung und Kehlkopfkrisen bei Tabes. (Paralysie et crises laryngées dans le tabès.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 9. Februar 1902.*

C. berichtet über drei Fälle, bei welchen das gleichzeitige Vorkommen von Kehlkopfkrisen und Abductorlähmung sich constatiren liess. Verf. giebt zunächst eine Uebersicht über die wohlbekannte Symptomatologie dieser beiden häufigsten Kehlkopferscheinungen bei Tabes, um dann die Frage nach ihren gegenseitigen Beziehungen zu erörtern. Er ist der Ansicht, dass die einen von den andern absolut unabhängig sind. Da eine echte Kehlkopfkrise unter Umständen vorgetäuscht werden kann durch einen Erstickungsanfall bei doppelseitiger Erweitererlähmung, so ist die Diagnose auf tabische Krise nur nach sorgfältiger Analyse aller Symptome zu stellen. Die Abductorenlähmung prädisponirt zu Larynxkrisen, in Folge ihres Bestehens werden die Anfälle häufiger und schwerer, aber sie giebt nicht den Grund für deren Auftreten ab. Dieser muss vielmehr gesucht werden in einer Reizung des N. laryngeus superior. Eine häufige Begleiterscheinung der Posticuslähmung ist Tachykardie.

PAUL RAUGÉ.

130) **L. Harmer. Zur Aetiologie der Zungen-, Gaumen-, Kehlkopf- und Nackenmuskellähmung.** (Aus der k. k. Univ.-Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten des Prof. O. Chiari in Wien.) *Wien. klin. Rundschau. No. 24 u. 25. 1902.*

Genaue Untersuchung eines solchen Falles mit Obductionsbefund und histologischem Befunde der in Frage kommenden Nerven und Muskeln. — Nach ausführlicher Erörterung der Frage nach der Aetiologie glaubt H., dass genannte Erkrankung leichter durch eine Affection der peripheren Nerven zu erklären ist, als durch eine solche der Medulla. — Jedenfalls bestehen gewichtige Gründe dagegen, den Sitz ausnahmslos in die Medulla zu verlegen.

CHIARI.

131) **Dorendorf** (Berlin). **Ueber das Zustandekommen der inspiratorischen Glottisverengerung bei doppelseitiger Posticuslähmung.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 37. 1902.*

Zwei Fälle von Posticus-Paralyse bei Tracheotomirten, bei denen die inspiratorische Verengerung der Glottis auch nach der Tracheotomie fortbestand, beweisen, dass die Glottisverengerung nicht eine mechanische Folge der Luftverdünnung unterhalb der Stimmbänder ist, sondern dass die Adductionsbewegung der Stimm-

bänder durch active Contraction der Adductoren bewirkt wird; deren Thätigkeit wird aber unter normalen Verhältnissen durch die Auswärtsbewegung der Stimmbänder verdeckt.

SALOMON (Zarniko).

132) **Steinhaus. Ein Fall von luetischer doppelseitiger Posticuslähmung mit Ausgang in Heilung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 45. 1902.*

Der Titel besagt Alles, Lähmung war plötzlich aufgetreten und verschwand einige Wochen nach einer antiluetischen Injectionscur.

SCHECH.

133) **J. Gibb-Wishart. Abductorlähmung des Kehlkopfs. (Abductor paralysis of the Larynx.)** *Laryngoscope. October 1902.*

In diesem Falle traf die von Semon für frühzeitige Tracheotomie aufgestellte Indication zu, d. h. es gelang nicht, innerhalb einer kurzen Zeit eine actuelle Erweiterung der Glottis durch anderweitige Mittel herbeizuführen; versucht wurde, ohne jeden Erfolg, Jodkali und Arsen.

EMIL MAYER.

134) **Holger Mygind** (Kopenhagen). **Die doppelseitige totale Recurrensparalyse.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XII. H. 3. S. 406. 1902.*

M. stellt 16 Fälle von doppelseitiger Recurrenslähmung aus der Literatur zusammen und schliesst ihnen einen 17. seiner eigenen Beobachtung an. Er bespricht auf Grund dieses Materials die Aetiologie und Pathogenese (krebsige Neubildungen der Organe der Regio colli sind die häufigste Ursache der Läsion beider Nn. laryng. inf., besonders der Oesophaguskrebs, wobei indess die secundäre Schwellung der um den Oesophagus und die Trachea liegenden Drüsen für die Läsion der Recurrentes verantwortlich ist), die pathologische Anatomie, Symptomatologie, Prognose und Therapie des Leidens.

F. KLEMPERER.

135) **Lubliner. Ein Fall von doppelseitiger Recurrenslähmung.** *Medycyna. No. 37. Z Posiedsén Laryngologicznych.*

Es handelt sich um einen älteren Mann, bei welchem die entsprechende Lähmung infolge von Oesophaguskrebs entstand.

v. SOKOLOWSKI.

136) **Massei. Die Anaesthesie des Vestibulum laryngis bei der Recurrenslähmung. (L'anaethesia del vestibolo laringeo nella paralisi del ricorrente.)** *Bollettino delle malattie dell'orecchio etc. December 1902.*

Verf. hat constatiren können, dass in der weitaus grossen Mehrzahl aller Fälle von Recurrenslähmung eine Anästhesie des Kehlkopfeingangs besteht, dass erst bei Berührung der Stimmlippen Reflexbewegungen ausgelöst werden; diese Anästhesie betrifft stets das ganze Vestibulum laryngis, nicht nur die der Lähmung entsprechende Seite. Wie es zu Stande kommt, dass bei Lähmung des rein motorischen N. recurrens eine Anästhesie der vom inneren Aste des Laryngeus superior versorgten Schleimhaut entsteht, das ist ein Räthsel, für das Verf. eine ausreichende Erklärung zu geben ausser Stande ist. Dagegen giebt Verf. der von ihm beobachteten Thatsache eine klinische Bedeutung. Er hat nämlich die Ueberzeugung von dem Vorkommen myogener Kehlkopflähmungen, und da er in einem Falle von doppelseitiger Posticuslähmung, in dem er keine Anzeichen für das Bestehen eines

Aneurysmas oder eines intrathoracischen Tumors auffinden konnte und die er deswegen zu den Fällen von myogener Lähmung zählte, die Sensibilität des Kehlkopfeingangs erhalten fand, so folgert er daraus, dass hier ein differentialdiagnostisches Merkmal gegeben sei, in dem Sinne, dass bei myogenen Lähmungen die Sensibität erhalten, bei neurogenen aber herabgesetzt oder ausgelöscht sei.

FINDER.

137) **L. Hermann. Curvenanalyse und Fehlerrechnung.** *Pflüger's Archiv. LXXXIX. 11/12. S. 600.*

In der Polemik zwischen H. und Pipping bezeichnet H. als Kernpunkt seiner Einwände gegen die Fehlerberechnung Pippings die Frage, ob man berechtigt sei, sobald bei der Analyse die Constanten anfangen, relativ klein zu werden und nicht mehr abzunehmen, sie auf Fehler zu beziehen. Wenn Pipping dies thue, so geschehe es auf Grund der Hypothese, dass eine richtige Vocalcurve durch eine beschränkte Anzahl harmonischer Partialschwingungen darstellbar sein müsse. Dies hält H. für unwahrscheinlich.

J. KATZENSTEIN.

138) **M. E. Gellé** (Paris). **Ueber Wirbelbildungen in der Mundhöhle bei der Flüstersprache. (Des cyclones intra-buccaux dans la voix chuchotée.)** *Société de Biologie. 1. Februar 1902.*

G. weist nach, dass bei der Flüstersprache im Luftraume der Mundhöhle Wirbelbewegungen stattfinden; diese unterscheiden sich von denen, die bei voller Stimme auftreten, durch geringere Intensität und dadurch, dass sie mehr vorn — ungefähr im Niveau der Mitte der Zunge — localisirt sind.

PAUL RAUGÉ.

139) **M. E. Gellé. Das Gaumensegel und die Fistelstimme. (La veile du palais et la voix du fausset.)** *Société de Biologie. März 1902.*

Bei der Fistelstimme wird das Gaumensegel aufs Aeusserste gespannt und dadurch wird die Fortleitung der Schwingung zur Luft der Nasenhöhle verhindert. Aus dieser Aufhebung der Nasenresonanz resultirt die eigenthümliche Klangfarbe.

PAUL RAUGÉ.

140) **Ernst Barth** (Sensburg). **Ueber die Wirkungsweise des Musculus cricothyreoideus und ihre Beziehungen zur Tonbildung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. 2. S. 187. 1902.*

Die ausführliche Arbeit wird von allen Interessenten, Physiologen, wie Gesangslehrern und Aerzten, im Original studirt werden müssen. Wir können hier nur das folgende Resumé wiedergeben, in dem Verf. seine Anschauungen zusammenfasst:

1. Gewöhnlich wirkt der M. cricothyr. in der Weise, dass er den Ringknorpelreif an den unteren Schildknorpelrand heranzieht.

2. Die Voraussetzung für die Möglichkeit dieser Crierothyr.-Wirkung ist die Fixation des Schildknorpels.

3. Die Fixation des Schildknorpels ist immer nur eine relative, sie ist abhängig von der Fixation des Zungenbeins.



4. Ist die Musculatur, welche das Zungenbein fixirt, erschlafft, so zieht der M. cricothyr. den Schildknorpel an den Ringknorpelreif herunter.

5. Dieser Bewegung des Schildknorpels folgt auch das Zungenbein, welches gleichzeitig nach vorn tritt.

6. Durch die Bewegung des Schildknorpels und des Zungenbeins nach abwärts und vorwärts wird der sagittale Durchmesser des Hypopharynx und der Abstand zwischen der hinteren Hälfte des Zungenrückens und des Gaumens vergrössert.

7. Diese Vergrösserung des Ansatzrohres verbessert die Resonanz- und Leitungsbedingungen der aus dem Kehlkopf austretenden Schallwellen.

8. Infolge der Erschlaffung der Fixationsmusculatur des Zungenbeins vollzieht sich die Phonation unter einer geringeren Aufwendung von Muskelkraft.

9. Die Tongebung bei nach abwärts gerichteter Bewegung des Schildknorpels begünstigt die Hygiene des Tonapparates und ist als Heilmittel bei functionellen Stimmstörungen in Anwendung zu bringen.

10. Beim Gesang- wie Sprachunterricht ist grundsätzlich die Tongebung unter Erschlaffung der Fixatoren des Zungenbeins und der dementsprechend nach abwärts gerichteten Bewegungen des Schildknorpels anzustreben. F. KLEMPERER.

141) **Wt. Oltuszewski. Beitrag zur Lehre über die Pathologie der Sprache. (Osmy przyczynek do nauki o zboczeniach mory.)** *Medycyna. No. 44, 45. 1902.*

Der Verfasser hatte im Laufe von 3 Jahren (1899—1903) beobachtet und in seiner Anstalt behandelt 492 Fälle von Sprachstörungen, und zwar Aphasie 123, Stammeln 109, Nasalsprache 7, Stottern 248. Im grössten Theil der Fälle wurden günstige Resultate erzielt. A. SOKOLOWSKI.

142) **Ten Cate** (Amsterdam). **Ueber die Untersuchung der Athmungsbewegungen bei Sprachfehlern.** *Medic.-pädag. Monatsschr. f. die ges. Sprachheilk. 8. 9. und 10. 12. 1902.*

Bei sämmtlichen untersuchten Sprachstörungen zeigt die Ruheathmung keine Aenderung gegenüber der Ruheathmung Normalsprechender. Die Sprechathmung ist bei sämmtlichen untersuchten Sprachstörungen gestört. Der normale Anachronismus der Sprechathmungskurve ist häufig aufgehoben bei Aphasie, Stottern, Taubstummheit; dagegen nicht bei den Patienten mit Gaumendefecten. Die Sprechinspirationsbewegung ist bei den Patienten mit Sprachfehlern weit steiler als unter normalen Verhältnissen, ausgenommen sind nur die Taubstummen. Ferner wird stets viel öfter eingeathmet als unter normalen Verhältnissen. Zur vollständigen Erkennung der fehlerhaften Bewegungen bei Sprechstörungen ist es durchaus nothwendig, sowohl Brust- wie Bauchathmung gleichzeitig aufzunehmen. Beim Stottern und den meisten anderen Sprachstörungen sind systematische Athmungsbewegungen nothwendig. SEIFERT.

143) **Daniel. Neue Hülfsmethode zur Behandlung des Stotterns. (Une nouvelle méthode adjuvante pour le traitement du bégaiement.)** *La Clinique. No. 2. 1902.*

Um eine Heilung des Stotterns zu erzielen, lässt bekanntlich der Lehrer den Schüler

1. lesen und sprechen, indem er ihm jedesmal die Stellung angiebt, welche seine verschiedenen Organe (Kehlkopf, Gaumensegel, Zunge, Lippen etc. etc.) einnehmen müssen;

2. lässt er denselben mit einem Spiegel in der Hand die Bewegungen controliren, welche er zum Sprechen zu machen hat und sie corrigiren, wenn sie fehlerhaft sind.

Dabei kommen zwei Factoren zur Geltung: das psychische Element und das visuelle. D. zieht nun noch einen weiteren Sinn heran, um zu einer perfecten Erkenntniss der Orthophonie zu gelangen; dazu hat er eine Tafel construiren lassen, auf welcher Kehlkopf, Gaumensegel, die unteren Schneidezähne, Lippen etc. abgebildet sind. Er lässt nun beim Sprechen den Patienten mit einem Stäbchen in der Hand die jeweilige Stellung der phonatorischen Organe in den verschiedenen Momenten ihrer Function auf der Tafel angeben und will mit dieser Methode recht befriedigende Resultate erzielt haben.

BAYER.

f. Schilddrüse.

144) **John G. Parry. Functionen der Schilddrüse. (Functions of the thyroid gland.)** *Medical Critic. April 1902.*

Zweck der Arbeit ist, zu zeigen, dass in einigen Fällen Veränderungen vorkommen, deren Gesammtbild nicht so ausgesprochen ist, dass man es als wirkliches Myxödem bezeichnen könnte, die aber schliesslich doch zu einem solchen führen können.

EMIL MAYER.

145) **S. R. Stagmaker. Ueber die Aetiologie des Kropfes. (On the etiology of goiter.)** *Clinical Review. Februar 1902.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

146) **Cuthbertson. Studie über den Kropf. (A study of goiter.)** *N. Y. Medical News. 5. April 1902.*

Den breitesten Raum in der Darstellung des Verf's. nimmt der Kropf der Pubertätsperiode und der Schwangerschaft ein: es handelt sich in diesen Fällen entweder um einfache Hypertrophie der Schilddrüse oder um Gefässkropf. Was die Behandlung anbelangt, so hat C. durch die günstigen Erfolge, die er in einem Fall von Schwangerschaftskropf mit dieser Behandlung gesehen hatte, ermuthigt, 25 Fälle von Kropf der Pubertätsperiode und Gravidität mit Hydrastis canadensis behandelt, und zwar gab er täglich dreimal 0,06—0,1 g von dem trockenen Extract. Die Behandlung dauerte 6 Wochen bis 3 Monate lang. In einem Fall gelang die Heilung auf diese Art innerhalb von 6 Wochen, nachdem die Behandlung mit Jod sowohl wie mit Schilddrüsenextract den Zustand nur verschlechtert hatte.

LEFFERTS.

147) James Berry. **Diagnose und Behandlung der verschiedenen Formen von Kropf. (The diagnosis and treatment of the various forms of goitre.)** *The Lancet. 3. Mai 1902.*

Eine keine neuen Gesichtspunkte bietende Arbeit, in der nach einander abgehandelt sind: die parenchymatöse Struma, dio eingekapselten festen und cystischen Geschwülste der Schilddrüse, des Morbus Basedow und die malignen Tumoren der Schildrüse.

A. BRONNER.

148) Barnich. **Degenerirende parenchymatöse Struma suffocans. (Goître suffocant parenchymateux en dégénérescence.)** *La Clinique. No. 28. 1902.*

19jähriger Bauer wird wegen Erstickungsanfälle, die sich seit 14 Tagen einstellten, ins Spital aufgenommen. Es wird als Ursache davon ein zweilappiger Tumor rechts und links von der Mittellinie des Halses, je hühnereigross tief in den Halsmuskeln eingebettet und hinter das Sternum herabreichend — mit einer weniger voluminösen Brücke zwischen beiden Tumoren — constatirt. Thiriar macht die Exstirpation mit einem V-Schnitt. Die Trachea zeigt sich in einer Strecke von 4—5 cm in Säbelscheidenform abgeplattet und die Struma in vorgeschrittener colloider Entartung.

Fieber nach der Operation bis zum 3. Tage. Patient kann nach 14 Tagen entlassen werden und bekommt innerlich Thyroidextract.

BAYER.

149) Ferrier. **Die Behandlung mit Thyreoidin beim epidemischem Kropf.** *Société médicale des hôpitaux. 13. December 1901.*

Verf. hat die Thyreodinbehandlung in einer Anzahl von Fällen von acutem Kropf angewandt. Die acute Struma wird begleitet von Pulsverlangsamung, Sinken der Temperatur, Veränderung des Harnstoff- und Phosphatgehalts im Urin. Man sieht, der Symptomencomplex ist gerade umgekehrt, wie beim Morbus Basedow, und da es sich wahrscheinlich um eine wirkliche Verminderung der Schilddrüsensecretion handelt, so ist die Thyreoidinbehandlung gerechtfertigt.

PAUL RAUGÉ.

150) Roos. **Klinische Erfahrungen mit Jodothyrin.** *Münch. med. Wochenschr. No. 39. 1902.*

R. gab in der Regel 1,0 (= 0,3 Jod) täglich gegen Parenchymkropf, selbst dann, wenn Athemnoth vorhanden war. Thardie betrachtet im Gegensatz zu Kocher die Operation nach Thyrojodingebrauch für viel schwieriger, trotzdem glaubt R., dass der interne Arzt die medicamentöse Behandlung nicht ablehnen könne. Bei zwei kretinisirten Kindern wurden gleichfalls gute Erfolge erzielt. Die vom Verf. berichteten Versuche mit Jodothyrin zur Entfettung, bei Arteriosclerose etc. gehören nicht hierher.

SCHECH.

g. Oesophagus.

151) **A. Lambotte** (Antwerpen). **Ueber die äussere Oesophagotomie bei narbiger Oesophagussstenose. (De l'oesophagotomie externe dans les rétrécissements cicatriciels de l'oesophage.)** *Journal de Chir. et Annals de la Soc. Belge de Chir. No. 3. 1902.*

L. theilt zwei Fälle von Narbenstrictur des Oesophagus mit, die eine bei einem 3jährigen Mädchen nach Verschlucken von Kalilauge, die andere bei einem Potator nach Verschlucken von Vitriol; in beiden Fällen nahm L. die äussere Oesophagotomie mit nachfolgender langsamer Dilatation der Speiseröhre mit Erfolg vor.

L. bezeichnet diese Operation im Halsniveau vorgenommen als eine äusserst werthvolle Intervention zur Bekämpfung von Narbenstricturen im unteren Theil des Oesophagus, weil man dadurch den Zugang in den Brusttheil des Oesophagus und die Möglichkeit erreiche, Bougies in den Oesophagus einzuführen, wie es vom Munde aus nicht möglich sei und aus seinem 2. Falle hervorgehe.

Hat man einmal die Verengerung passirt mit einer wenn auch noch so feinen Bougie, dann wird die Behandlung leicht und ist nur noch eine Sache der Zeit und Geduld.

Die Oesophagotomia ext. mache in der Mehrzahl der Fälle die Gastrotomie entbehrlich, indem sie das Einführen der Dilatationsbougies ermögliche.

Die Eröffnung des Magens erscheine ihm nur dann indicirt, wenn durch Inanition unmittelbare Lebensgefahr drohe.

BAYER.

152) **v. Hacker. Narbenstrictur des Oesophagus nach Scharlachdiphtherie.** (Wissenschaftl. Aerztegesellsch. in Innsbruck, 15. Februar 1902.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 34. 1902.*

Der diaphragmaartige Narbenring wurde mit einem galvanokaustischen Brenner im Oesophagoskop durchtrennt und die Stenose weiterhin mittelst über einen Mandrin aufgezogener Drainröhren allmählich dilatirt.

CHIARI.

153) **Agriel** (Lyon). **Narbenverengerung der Speiseröhre bei einem 9jährigen Mädchen. (Rétrécissement cicatriciel de l'oesophage chez une petite fille de gans.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 7. Mai 1902.*

Genauer anatomischer Befund bei einer durch Verschlucken von Aetzflüssigkeit herbeigeführten Verengerung der Speiseröhre; der Tod war nach 2 Jahren eingetreten.

Die Stenose fand sich 9 cm unterhalb des unteren Ringknorpelrandes und war 7 cm lang.

PAUL RAUGÉ.

154) **Czechomski. Ein Beitrag zur chirurgischen Behandlung der narbigen Oesophagus-Stenosen. (Przyczynek do leczenia bliznowatych zwezen przetyku.)** *Gazeta lekarska. No. 25—31. 1902.*

Verf. theilt fünf diesbezügliche Fälle mit, bei welchen die Behandlung in Anlegung einer Magenfistel und folgenden systematischen Erweiterungen mittels

der Sonde vom Magen und Mund aus bestand. Von 5 Kranken genasen 3 völlig, 2 starben.

v. SOKOLOWSKI.

155) **Lindner. Ueber chirurgische Intervention bei Speiseröhrenverengerung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 6. 1903.*

Eine Radicaloperation des Oesophaguscarcinoms ist nur in den seltensten Fällen möglich; von 18 operirten Fällen starben 5 im Anschluss an die Operation, während 13 längere oder kürzere Zeit, keiner jedoch länger als 2 Jahre dieselbe überlebten. Die Haupttherapie muss stets in der Anlegung einer Magenfistel bestehen, und zwar nach der Methode von Witzel, doch muss die Operation frühzeitig gemacht werden, ehe Marasmus und Kräfteverfall eingetreten sind. Viel besser als bei Carcinom sind die Aussichten bei den gutartigen Stenosen. Auch hier muss oft die Gastrotomie gemacht werden und empfiehlt L. die Methode von Frank. Sehr empfehlenswerth ist auch die Hacker'sche Sondirung ohne Ende.

SCHECH.

156) **J. Emanuel. Speiseröhrenkrebs ohne Verengerung. (Cancer of the Oesophagus without obstruction.)** *Lancet. 18. October 1902.*

E. berichtet über 6 derartige Fälle. In drei Fällen kam der Patient wegen Aphonie, in zwei anderen wegen Störungen von Seiten der Lunge ins Krankenhaus. In allen Fällen bestand ein- oder doppelseitige Recurrenslähmung, sei es, dass der primäre Tumor oder die Drüsen auf den Nerven drückten. In allen Fällen von Abductorlähmung sollte man daher, auch wenn keine dysphagischen Symptome vorhanden sind, stets an die Möglichkeit eines Oesophaguscarcinoms denken. Verf. giebt eine detaillirte Beschreibung all' seiner Fälle.

A. BRONNER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Jahrbuch für Auge, Ohr, Nase und Hals. Bd. III. der Abhandlungen zur practischen Medicin. (Year Book „The eye, ear, nose and throat". Being Vol. III of the Practical medicine Series.) Herausgegeben von Dr. G. P. Head unter Mitarbeit von Drr. Cesey A. Wood, Albert H. Andrews und T. Melville Hardie. The Year Book Publishers Chicago. 1901.

Der Name der Herausgeber bürgt für den Werth dieses Buches, das eine Fortsetzung der in früheren Jahren erschienenen Bände bildet. Es ist jedoch die Frage, ob ein solches Buch nicht allen während des Jahres erschienenen Beiträgen Rechnung tragen müsste, nicht nur denjenigen, die von den Herausgebern für werthvoll oder interessant erachtet werden. Die einzelnen Artikel zeichnen sich durch klare und vollendete Darstellung aus.

Emil Mayer.

b) Henry Gradle. **Krankheiten der Nase, des Rachens und der Ohren. (Diseases of the nose, pharynx and ear.)** Philadelphia and London. W. B. Saunders & Co. 1902.

Das Buch giebt die persönlichen Erfahrungen des Verf.'s wieder, die er in fast 25jähriger Thätigkeit gesammelt hat. Alle Fragen, die dem Ungeübten Schwierigkeiten bereiten und auf die er in den Lehrbüchern oft umsonst Antwort sucht, sind eingehend erörtert. Im therapeutischen Theil hat nur das Berücksichtigung gefunden, was sich der Kritik der Erfahrung gegenüber bewährt hat. Von der Erwägung ausgehend, dass die topographische Anatomie die Grundlage aller Chirurgie bildet, hat Verf. ihr in seinem Buch einen weiten Raum eingeräumt. Die Illustrationen, insbesondere die colorirten Vollblätter, geben die pathologischen Verhältnisse mit ganz ausserordentlicher Treue wieder.

Emil Mayer.

c) W. Scheppegrell (New Orleans). **Elektricität für Diagnose und Behandlung von Nasen-, Hals- und Ohrenkrankheiten. (Electricity in the diagnosis and treatment of diseases of the nose, throat and ear.)** Bei George P. Putnam's Söhnen, New York.

Verf. hat die zahlreichen in den wissenschaftlichen Zeitschriften verstreuten Artikel über die Anwendung der Electricität für die Diagnose und Behandlung der Erkrankungen der oberen Luftwege gesammelt und die Ergebnisse dieser literarischen Untersuchungen zusammen mit seinen eigenen praktischen Erfahrungen auf diesem Gebiet in vorliegendem Band vereinigt. Er findet, dass, je mehr man sich in das Studium des Gegenstandes vertieft, man desto mehr zur Würdigung der Resultate gelangt, die bei wissenschaftlicher Anwendung der Electricität zu erzielen sind. Wir können Schmerzen lindern nicht nur durch directen Gebrauch des galvanischen Stroms, sondern auch durch kataphoretische Application von chemikalischen Anästheticis; wir können die Resorption steigern, träge Umwandlungsprocesse beschleunigen, Secretionen anregen oder, falls sie zu stark sind, verringern. Die Electricität kann als Stimulans für die Thätigkeit der Muskeln und Nerven gebraucht werden, sie findet Anwendung als Hämostaticum, man kann mittels ihrer Tumoren zerstören, Stricturen erweitern und Geschwüre zur Heilung bringen.

Voraussetzung für die Erzielung befriedigender Resultate ist die gründliche Kenntniss der verschiedenen Eigenschaften der Electricität und der für ihre therapeutische Anwendung in Frage kommenden Grundsätze, sowie ein genaues Vertrautsein mit den physiologischen und pathologischen Verhältnissen des erkrankten Körpertheils. Ein Arzt, der dieser Voraussetzung nicht entspricht, geht ein unentschuldbares Risico ein, wenn er electrotherapeutische Maassnahmen trifft oder eine Operation vornimmt, in der die Electricität als mechanisches, chemisches oder thermisches Agens eine Rolle spielt. Seine Handlungsweise wäre unwissenschaftlich und könnte oft nicht nur erfolglos, sondern auch direct schädlich sein.

Das mit ausserordentlicher Sorgfalt und Gründlichkeit abgefasste Buch wird jedem Praktiker als ein werthvoller Rathgeber von grossem Nutzen sein.

Emil Mayer.

d) M. Bresgen. **Die Entzündungen der Nasenhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes, besonders auch in ihren Beziehungen zu einander, sowie zu anderen benachbarten oder entfernteren Gebilden. III. Die frischen Entzündungen der Rachenhöhle.** Bresgen's Sammlung zwangsloser Abhandlungen. VI. 6/7. 1902. Carl Marhold, Halle a/S.

Die Rachenenge ist äusseren Schädigungen besonders ausgesetzt und am meisten bei Mundathmern; Anlage und Ansteckung verursachen die frische Rachenentzündung; die besondere Anlage ruht in dem Reichthum an eigenthümlich gestalteten Drüsenmassen; der Entzündung zu Grunde liegen Spaltpilze.

Die gewöhnliche Rachenentzündung ruft Schlingbeschwerden hervor, Kratzen und Trockenheit im Halse, event. Drüsenschwellungen u. s. w. Eine ausreichende Besichtigung des Rachens kann nur beim ruhigen Athmen stattfinden. Man sieht dann die Röthung der Schleimhaut an den verschiedensten Stellen. Nicht zu vergessen ist postrhinoskopische Untersuchung sowie die Besichtigung des unteren Rachenraums.

Man sieht neben der Röthung der Schleimhaut Schwellung, in höherem Grade Oedem, Abscesse; es folgt eine Beschreibung der Angina lacunaris, follicularis, herpetica, aphthosa, Mundseuche, Erysipelas, Phlegmone des retropharyngealen Abscesses und der Angina Ludovici. Das Erysipel kennzeichnet sich durch Schüttelfrost, frühzeitige schmerzhafte Drüsenanschwellung, deutliche Abgrenzung der heilenden von den neu befallenen Stellen u. a. m. Die Phlegmone befällt die tieferen Gewebsschichten, macht eine härtere, ausgebreitetere Schwellung, neigt mehr zu Abscessbildung und weniger zum Wandern. Der frische retropharyngeale Abscess entsteht unter dem Bilde einer mehr umschriebenen frischen Rachenentzündung an der hinteren Wand; es kann zu Senkungserscheinungen kommen. Die Ludwig'sche Angina nimmt gewöhnlich ihren Ausgang von einer Verletzung des Mundbodens und dehnt sich auf den Rachen, den Hals und Mundboden aus; Zunahme der Schwellung am Halse, im Bereich der Zunge, des Zungengrundes, Gaumens, Kehldeckels, Oedem, Athemnoth u. s. f. Bei verschiedenen Rachenentzündungen kann es zu Lähmungen, Albuminurie, Gelenk-, Hoden- und Eierstocksentzündungen, zu Petechien kommen; auch der Gelenk- und Muskelrheumatismus steht zu ihnen in Beziehung. Bei Masern sieht man zuerst eine charakteristische kleinfleckige Röthe auf Rachen- und Mundschleimhaut; bei Rötheln tritt der Schleimhautausschlag gleichzeitig mit dem der Haut auf; vorher bei Scharlach und Pocken, bei denen es zu deutlichen Pusteln kommen kann; die Windpocken finden sich auch auf der Rachenschleimhaut, bei Typhus Röthung, Schwellung der Balgdrüsen, Oberflächenverletzungen, Geschwüre: beim Flecktyphus Entzündung, bei Rotz und Milzbrand eitrige Entzündung mit Pustel- und Geschwürsbildung. Die Diphtherie kann man in Formen mit leichtem und schwerem Verlaufe sowie in die brandige Form eintheilen; je schwerer der Fall, um so früher treten Lähmungen auf (Herzlähmung). Die Behandlung der frischen Rachenentzündung hat für Fernhaltung aller Schädlichkeiten und Stuhlentleerung zu sorgen; Priessnitz'scher Umschlag, Gurgeln mit schwacher Kochsalzlösung; bei Vorhandensein von auch nur kleinsten und schwächsten Belägen Jodkochsalzwasser zum Gurgeln und innerlich, das auch bei Diphtherie zu empfehlen; eine

Immunisirung Gesunder ist bei Benutzung dieses Wassers nicht nöthig. Bei Abscessen incidire man frühzeitig.

Bei jeder Rachenentzündung ist der Zustand der Ohren und der Nase zu beachten. Die frisch erkrankte Rachenhöhle darf nicht gepinselt werden; scharf wirkende Gurgelmittel sind zu vermeiden, ebenso Einathmungen.

Am nachhaltigsten können wir Aerzte auch bei den frischen Rachenentzündungen dadurch wirken, dass wir für ein gesundheitsmässiges Verhalten der Menschen im Allgemeinen unausgesetzt eintreten. A. Rosenberg.

---

e) American Laryngological Association.

24. Jahresversammlung, abgehalten in Boston 26.—28. Mai 1902.

1. Sitzungstag.

Vorsitzender: John W. Farlow.

Der Vorsitzende eröffnete die Sitzung mit einer Ansprache, in der er einen Rückblick giebt über die Fortschritte, die in den letzten 10 Jahren, seitdem zum letzten Mal die Jahresversammlung in Boston abgehalten wurde, auf dem Gebiete der Specialdisciplin z. B. in Bezug auf die Kenntniss von den Erkrankungen der Nebenhöhlen und ihre Behandlung gemacht worden sind.

E. L. Shurly (Detroit): Rachengeschwulst.

Es handelte sich um einen Tumor im Pharynx, der das Aussehen einer accessorischen Struma hatte und nach dessen Entfernung der Patient unter Erscheinungen von Myxoedem erkrankte. Es trat schliesslich Genesung ein.

J. W. Gleitsmann (New-York): Subglottisches Sarkom.

Bericht über einen Fall, in dem ein subglottisch sitzendes Sarkom mit Hülfe der galvanokaustischen Schlinge endolaryngeal entfernt werden konnte. Die Operation wurde nach vorangegangener Cocain- und Adrenalineinspritzung vorgenommen und gelang auf das Beste.

John H. Mackenzie (Baltimore) hält die Entfernung maligner Kehlkopfgeschwülste auf endolaryngealem Wege für gefährlich und irrationell.

Bryson Delavan (New-York) betont, dass es sich hier nicht um ein Carcinom, sondern um ein Sarkom gehandelt hat und findet die endolaryngeale Operation im vorliegenden Fall für durchaus gerechtfertigt.

Gleitsmann erwidert, dass er fünf Fälle von Sarkom der Trachea mitgetheilt gefunden hat, die auf demselben Wege — und zwar mit dauerndem, günstigem Resultat — behandelt worden sind.

Charles H. Knight: Epitheliom des Kehlkopfs.

In dem mitgetheilten Fall bestand ein Widerspruch zwischen dem mikroskopischen Befund und der klinischen Natur der Neubildung. Im Verlauf seiner epikritischen Betrachtung über den Fall, der innerhalb von vier Monaten zum Tode

führte, äussert K., er betrachte jedes Larynxcarcinom, das so ausgedehnt sei, dass nur die Entfernung des ganzen Organs in Betracht komme, für inoperabel.

William E. Casselberry (Chicago) wendet sich gegen diese Behauptung und citirt eine Anzahl solcher Fälle, die mit Erfolg operirt worden sind.

Bryson Delavan: Die X-Strahlen für die Behandlung maligner Kehlkopferkrankungen.

Ueber diese Behandlungsart liegen noch nicht genügend positive Erfahrungen vor, dass man über ihren Werth ein abschliessendes Urtheil fällen könnte. D. kennt nicht einen einzigen Fall, in dem ein Larynxcarcinom durch Einwirkung der Röntgenstrahlen zur Heilung gekommen wäre, obwohl bisweilen eine Besserung der Symptome zu constatiren war.

H. L. Swain (New-Haven) hat zwar auch keine Erfahrung über die Wirkung der X-Strahlen bei Larynxcarcinom, hält aber ihre versuchsweise Anwendung in allen nicht operablen Fällen für gerathen, da Berichte vorliegen, dass Carcinome an anderen Organen durch diese Behandlung günstig beeinflusst worden sind.

Farlow (Boston): Stimmbandlähmung.

Ein Fall von rechtsseitiger Recurrenslähmung; das einzige für die Aetiologie verwerthbare Moment, das sich auffinden liess, war eine — anscheinend angeborene — ausgesprochene Asymetrie des Pharynx.

F. Payson Clark (Boston): Kehlkopfstenose.

Es wird über eine Reihe von Fällen berichtet, in denen C. sich einer neuen Methode für die prolongirte Intubation des Kehlkopfs bei Narbenstenose bedient hat.

Zweiter Sitzungstag.

Die Sitzung, die in der Harvard Medical School stattfindet, wird ausgefüllt mit Vorträgen und Demonstrationen zur Kenntniss der Beziehungen zwischen Embryologie und Laryngologie.

Charles S. Minot (Boston) demonstrirt Präparate, die.die Entwicklung der Tonsille veranschaulichen.

Thomas Dwight (Boston) folgt mit Demonstrationen zu der Kenntniss vom Wachsthum des Gesichts und speciell des Pharynx.

Howard A. Lathrop (Boston) zeigt Lichtbilder, die die Anatomie der mittleren Muschel erläutern, und knüpft daran Betrachtungen über die chirurgische Bedeutung der Siebbeinzellen.

Dritter Sitzungstag.

J. L. Goodale eröffnet die Discussion über allgemeine Infectionen der oberen Luftwege mit einem Referat über die Pathologie dieser Erkrankungen. Er giebt einen Ueberblick über die zahlreichen Erkrankungen, die in directer oder indirecter Beziehung zu den Tonsillen stehen, und äussert sich dahin, dass die klinischen Erscheinungen für eine Miterkrankung des lymphatischen Gewebes in



solchen Fällen sprechen. Die Tonsillen können nicht als Schutzorgan betrachtet werden, sie stellen vielmehr die Eingangspforten für die Infectionen dar, durch welche diese sich auf das Lymphsystem ausbreiten.

H. L. Swain (New-Haven) spricht über Symptome und Behandlung. Nachdem er darauf hingewiesen hat, dass das Lymphgewebe als ein Theil des allgemeinen Lymphsystems betrachtet werden muss, betont er, dass in den meisten Fällen für die Entfernung der Tonsillen der Satz gelte, je gründlicher, um so besser, und dass oft kleine, aber stark zerklüftete oder sonstwie erkrankte Tonsillen mehr Störungen verursachen können, als sehr vergrösserte.

Clarence E. Rice (New-York) verwirft den Gebrauch von Adstringentien und empfiehlt Application von Wärme.

William E. Casselberry (Chicago) weist auf die antiseptischen Eigenschaften des Silbernitrats hin.

Emil Mayer (New-York) behandelt mild verlaufende Fälle mittelst Expression der Tonsille.

Fletcher Ingals (Chicago) berichtet, dass es bisweilen gelingt, die Erkrankung zu coupiren durch den Gebrauch von Guajacol.

Fletcher Ingals (Chicago): Ueber die sogenannte immunisirende Behandlung bei Heufieber.

Die erzielten Resultate waren nicht überzeugend.

G. H. Hope (New-York): Einiges über die klinischen Erscheinungen des Heufiebers.

Gewöhnlich findet sich beim Heufieber eine Hyperplasie der mittleren Muschel; gründliche Entfernung der veränderten Theile hat im Allgemeinen günstigen Erfolg.

John O. Roe (Rochester) hält an der Ansicht fest, dass das Heufieber zurückzuführen ist auf eine locale Erkrankung in der Nase, bedingt durch locale Reizung. Die Symptome variiren nach dem Grade der nervösen Empfindlichkeit des Patienten, und dieser Umstand hat zu der Annahme verleitet, dass es sich beim Heufieber um eine reine Neurose handelt. Es kommt Alles darauf an, das locale Reizmoment zu beseitigen. Mit Hope stimmt er darin überein, dass sehr oft die mittlere Muschel dabei eine Rolle spielt. Von einem Immunisirungsverfahren zu sprechen, hält er angesichts des Processes, um den es sich hier handelt, für unangebracht.

Mackenzie glaubt, dass es sich in allen Fällen, in denen von einem angeblichen Erfolg der Immunisirung berichtet wird, nur um Suggestionsresultate handelte, die sich mit Darreichung jedweden anderen Präparats auch hätten erzielen lassen. Er bedauert, dass ein solches Verfahren überhaupt Gegenstand einer ernsthaften Discussion hat sein können und befürchtet, dass dadurch der Kurpfuscherei Thür und Thor geöffnet werde: in der That hat er bereits erfahren, dass sich Quacksalber des Mittels bemächtigt haben und es gegen alles Mögliche anwenden. Der Werth der Ingals'schen Mittheilung wird auch dadurch beeinträchtigt, dass J. gleichzeitig Adrenalin angewandt hat und man so nicht sagen kann, wieviel

von dem Resultat auf dessen Conto zu setzen ist. M. wendet sich dann gegen die Pollentheorie; er ist der Meinung, dass das sogenannte Heufieber mit dem Blühen der Blumen und Gräser absolut nichts zu thun hat.

Swain redet einer seriöseren Auffassung der mit dem Immunisirungsverfahren angestellten Versuche das Wort.

Knight bemängelt die Benennung „Heufieber". Es wirken verschiedene Factoren zur Hervorbringung des so genannten Symptomenbildes zusammen; dass aber auch der Blütenstaub daran nicht unbetheiligt ist, geht z. B. daraus hervor, dass in Bethlehem, New Hampshire, die Krankheit nicht mehr auftrat, nachdem die Ambrosia artemisifolia ausgerottet war. Jedenfalls hält er einen Wechsel des Aufenthaltsorts für nöthig; von einer localen Behandlung verspricht er sich nichts.

Casselberry giebt zu, dass Entfernung einer hypertrophischen mittleren Muschel Erleichterung schaffen kann, indem damit ein Hinderniss für die freie Nasenathmung beseitigt wird, das Heufieber selbst wird aber dadurch nicht beseitigt. Auch ist die Operation nicht so absolut harmlos, wie es behauptet wird; sie ist weder schmerzlos noch unblutig.

Ingals erwidert zunächst, dass Cocain nicht in allen Fällen angewandt wurde; in einigen wurde es nur anfänglich gebraucht, später aber ausgesetzt. Er schlägt vor, ein Comité einzusetzen, das auf Grund der bei ihm eingelieferten Berichte ein Urtheil über den Werth der Behandlungsmethode fällen soll.

G. Hudson Makuen (Philadelphia): Die Behandung des Stotterns.

Es wird ein 30jähriger Patient vorgestellt, der Zeit seines Lebens gestottert hat und innerhalb von zwei Wochen durch Sprechübungen von seiner Sprachstörung völlig geheilt ist.

Clemence C. Rice: Die durch Anstrengung der Stimme verursachten Veränderungen im Kehlkopf.

R. beschreibt die charakteristischen Veränderungen in der Form der Aryknorpel, die man gelegentlich bei professionsmässigen Sängern und Schauspielern beobachtet, sowie die compensatorische Vergrösserung der Taschenbänder in Fällen von verminderter Function der Stimmlippen. Die Veränderung an den Aryknorpeln kommt durch heftige und oft wiederholte Erschütterungen der Knorpel gegeneinander zu Stande. In der Regel ist dabei kein allgemeiner katarrhalischer Process vorhanden. Die vernünftigste Behandlung besteht darin, dass man den Patienten darin unterweist, wie er die Anstrengung der Stimme vermeidet. Am häufigsten finden sich Veränderungen bei Sängern, die höher oder tiefer singen, als ihr natürliches Tonregister liegt, und bei Schauspielern, die leidenschaftliche Rollen spielen. Die Veränderungen bringen es mit sich, dass einzelne Muskeln zu wenig, andere dafür über Gebühr in Anspruch genommen werden, und, um die normalen Verhältnisse zurückzuführen, ist es nöthig, das harmonische Zusammenwirken der Muskeln wiederherzustellen.

S. W. Langmaid (Boston) empfiehlt, dass die Gesanglehrer bessere Unterrichtsmethoden zur Anwendung bringen.

S. W. Langmaid: Adenitis cervicalis.

Bericht über eine Epidemie von Entzündung der Halsdrüsen ohne Vereiterung.

In allen Fällen begann die Erkrankung mit Schüttelfrost, es bestand hohes Fieber, das jedoch in 3—4 Tagen normaler Temperatur wich. In keinem Falle war der Larynx betheiligt.

D. Braden Kyle (Philadelphia): Die pathologische Chemie der Speichel- und Rachensecretion als ein diagnostisches Hilfsmittel.

F. E. Hopkins (Springfield): Mittheilung zweier Fälle.

Der erste Fall betraf eine Schnittverletzung des Kehlkopfs; im andern handelte es sich um einen Fremdkörper im Bronchus, der nach vorausgegangener Tracheotomie entfernt werden konnte.

F. Whitehall Hinkel (Buffalo): Behandlung des Keilbeinhöhlen-Empyems.

Diese Erkrankung kann nicht mehr als selten betrachtet werden; ihre Diagnose ist schwierig und ihre Behandlung nicht ungefährlich. H. bespricht an der Hand von 20 Fällen eigener Erfahrung die Symptomatologie; wenn auch die Gefahren einer operativen Behandlung beträchtlich sind, so sind sie doch noch immer geringer als diejenigen, die die Vernachlässigung eines Keilbeinempyems im Gefolge haben kann, da nicht selten infolge eines solchen Empyems eine Meningitis entstehen kann.

Joseph H. Bryan (Washington) betont die Unregelmässigkeit der Symptome. Von seinen Fällen glichen sich nicht zwei. Es giebt primäre und secundäre Keilbeinhöhlen-Empyeme; jedoch sind die ersteren ungemein selten.

Emil Mayer (New-York) glaubt, dass einer der Gründe für das in den letzten Jahren zu constatirende Häufigerwerden der Krankheit in der zunehmenden Verbreitung des Automobilsports zu suchen sei; durch den starken Luftzug würden die Bakterien in die inneren Sinus getrieben.

Casselberry (Chicago) macht darauf aufmerksam, dass Syphilis und Nebenhöhleneiterung häufig zusammen vorkommen und folgert daraus, dass es rathsam sei, in jedem Fall den Versuch mit antisyphilitischer Behandlung zu machen.

Delavan (New-York) rühmt den Nutzen von Jodkali für die Behandlung solcher Fälle.

Emil Mayer (New-York): Adenom der Nase.

Ein Fall, in dem ein enormer Tumor mittels Operation von aussen aus der Nase entfernt wurde.

Frederic C. Cobb (Boston): Leukoplakie.

Die häufigste Ursache für die Leukoplakie ist Tabak; daneben spielen Alkohol, heisser Kaffee und Magenstörungen eine Rolle; in allen Fällen seiner Erfahrung leugneten die Patienten Syphilis, gaben aber zu, Raucher zu sein.

Thomas Hubbard (Toledo): Perforirende Ulcerationen der Gaumenbögen bei Scharlach.

R. C. Myles (New-York): Traumatische Abscesse und Nekrose der Cartilago triangularis.

M. R. Ward (Pittsburg): Perichondritis laryngis.

J. F. Mck Kernon (New-York): Angeborene Gaumenspalte.

John O. Roe (Rochester): Einige Vorsichtsmaassregeln, die sich beim Gebrauch von Nebennierenextract empfehlen.

Zum Präsidenten wird gewählt: J. H. Bryan (Washington); zu Vicepräsidenten: George A. Laland (Boston) und Melville Hardie (Chicago).

Emil Mayer.

---

f) Laryngologische Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 2. Mai 1902.

Vorsitzender: E. Cresswell Baber. M. B.

Es wird von der Geschwulstcommission Bericht erstattet über

H. Pegler's Fall von cystischer Geschwulst des Septums. (Vorgestellt in der Aprilsitzung.)

Auf Grund ihrer Untersuchungen ist die Commission zu folgendem Ergebniss gelangt:

Die Cyste bestand augenscheinlich schon seit langer Zeit, da sie eine Verdrängung und Atrophie der mittleren Muschel und des Septums zu Wege gebracht hat. Die Cystenwand besteht aus dem bindegewebigen Antheil des Periost, das von normaler Schleimhaut bekleidet ist.

Ueber die Natur der auskleidenden Membran lässt sich ein definitives Urtheil nicht abgeben; Zellen sind nicht erhalten.

Es ist nirgends embryonales Gewebe vorhanden.

Es ist die Möglichkeit vorhanden, dass die Cyste entstanden ist aus einer dilatirten Lymphspalte des Periosts der Nase, die vielleicht mit den subarachnoidalen Lymphräumen communicirte.

Donelan: Ein Fall von Kehlkopfstenose in Folge von ausgedehnten syphilitischen Ulcerationen.

Patient — ein 50jähriger Mann — war in den Sitzungen vom November 1901 und Januar 1902 ohne sichere Diagnose vorgestellt worden. Unter antisyphilitischer Behandlung sind die Ulcerationen im Larynx fast geheilt, jedoch ist jetzt eine im Zunehmen begriffene Stenose vorhanden.

St. Clair Thomson hat in einem ähnlichen Fall Erfolg erzielt durch Excision von Stücken des infiltrirten Gewebes zwischen den Aryknorpeln.

Donelan: Verwachsung der hinteren Gaumenbögen in Folge von Syphilis.

Herbert Tilley: Völliger Verschluss des rechten Vestibulum nasi.

Bei einer Epistaxis im Verlauf einer Pneumonie war ein sehr stark wirkendes Haemostypticum in die rechte Nase gebracht worden, welches eine Ulceration der Septumsschleimhaut sowie der gegenüberliegenden lateralen Wand des Vestibulum nasi zu Wege gebracht hatte. Da der Septumknorpel stark nach rechts deviirt war, so kamen beide Wundflächen mit einander in Berührung, verwuchsen mit einander und so kam ein totaler Verschluss zu Stande.

Watson Williams macht auf den Umstand aufmerksam, dass der Zustand sich im Anschluss an eine Pneumonie ausgebildet hat und hält die Möglichkeit nicht für ausgeschlossen, dass die Ulcerationen in der Nase auf Pneumokokkeninfection zurückzuführen sind.

Herbert Tilley: Vorgeschrittene Zerstörung im Innern der Nase und gleichzeitige Kieferhöhleneiterung.

Die Zerstörung des Naseninnern war zurückzuführen auf Syphilis.

Bronner: Grosses recurrirendes, anscheinend aus der linken Kieferhöhle hervorwachsendes Papillom.

Patientin, eine 40jährige Frau, litt seit einem Jahre an Verstopfung der linken Nase und bemerkte seit einigen Wochen aus derselben Nasenhälfte eitrigen Ausfluss. Die linke Nase zeigte sich völlig ausgefüllt von grauen Geschwulstmassen; diese wurden mit der Schlinge entfernt, wobei eine geringe Blutung auftrat. Schon 14 Tage später war ein Recidiv zu constatiren. Nach Auskratzung der Nase konnte man mit dem Finger eine weite glattwandige Höhle abtasten, die ihrer Lage nach der Highmorshöhle entsprach. Nochmaliges geringes Recidiv wurde wieder mit der Schlinge entfernt. Der eitrige Ausfluss hat fast ganz aufgehört; Pat. hat keine Schmerzen oder sonstige Beschwerden mehr. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst ergab ein Papillom.

Walker Downie: Demonstration eines Präparates betreffend ein Sarkom der rechten Tonsille.

Bei der 58jährigen Patientin bestand, als D. sie zuerst sah, seit ca. $^1/_2$ Jahr eine Schwellung der rechten Tonsille, die nicht viel anders aussah, wie eine gewöhnliche Hypertrophie von Wallnussgrösse. Der Tumor wurde vom Munde aus unter Chloroformnarkose entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Spindelzellensarkom handelte; nach der Oberfläche zu befand sich eine Schicht wohlgebildeten Bindegewebes, das von dem Epithel der Tonsille überzogen war. Nach 2 Jahren und 2 Monaten war bei ungestörtem Allgemeinbefinden ein kleines locales Recidiv mit Infiltration an der Aussenseite des Halses zu constatiren.

Derselbe: Präparat einer fibrösen aus dem Nasenrachen eines 14jährigen Knaben stammenden Geschwulst.

Der Patient klagte über Nasenverstopfung, nächtliches Schnarchen und Erstickungsanfälle. Der Nasenrachen war völlig ausgefüllt von einer blaugrauen

Geschwulst, die etwas über den Rand des Gaumensegels nach unten reichte. Sie wurde mit der kalten Schlinge entfernt, wobei eine profuse Blutung auftrat. Unter dem Mikroskop erwies sich die Geschwulst als ein sehr blutreiches und ödematöses Fibrom.

Derselbe: Präparat einer fibrösen Geschwulst aus dem Nasenrachen eines 11jährigen Knaben.

Bei dem Patienten bestand Nasenverstopfung und geringer Grad von Taubheit. Im Nasenrachen fand sich eine bei der Berührung leicht blutende Geschwulst, die vom Rachendach ausging. Sie wurde mittels eines durch die Nase eingeführten Drahtseil-Ecraseurs entfernt. Zwölf Monate später entwickelte sich ein Sarkom des linken Oberkiefers; es wurde operativ entfernt, mit dem Erfolg, dass bisher kein Recidiv eingetreten ist. Mikroskopische Untersuchung der Nasenrachengeschwulst zeigte, dass es sich um ein verhältnissmässig zellreiches Fibrom handelte.

Derselbe: Präparat von Sarkom des Rachens.

Als der 33jährige Patient in Behandlung kam, waren die linken Gaumenbögen und der grösste Theil der Mundrachenhöhle ulcerirt; diese Ulcerationen wurden für secundär syphilitisch gehalten. Unter Gebrauch von Hg und JK und örtlicher Behandlung mit Chromsäure trat Besserung ein, bis nach einigen Monaten Anschwellung der Cervicaldrüsen und vermehrte Schluckbeschwerden sich bemerkbar machten. Bei Wiedereintritt des Patienten in das Hospital zeigte sich der ganze Pharynx und Nasenrachenraum in eine Ulcerationsfläche verwandelt; die Regio interarytaenoidea war geschwollen. Es bestand starke Dysphagie, so dass zu Rectalernährung geschritten werden musste. Im weichen Gaumen bildete sich, ungefähr in der Mittellinie, eine Perforation. Die stark geschwollenen Lymphdrüsen auf der rechten Seite des Halses fingen — vier Tage ante exitum — an, sich zu verkleinern und waren unmittelbar vor Eintritt des Todes, der unter Erscheinungen allgemeiner Sepsis erfolgte, kaum noch zu fühlen.

Bei der Section fanden sich ausser den ausgedehnten Ulcerationen im Rachen, die ihrem Aussehen nach wohl für syphilitische hätten gelten können, Sarkommetastasen in Lungen, Leber und Niere. Die mikroskopische Untersuchung ergab Rundzellensarkom.

Lambert Lack: Fall von grosser symmetrischer Schwellung am Septum narium.

Als Grund für die seit Jahren bestehende Nasenverstopfung fand sich bei dem 33jährigen Patienten eine sehr ausgesprochene Anschwellung beiderseits am Septum in der Gegend des Tuberculum; es war ursprünglich die Diagnose auf eine Cyste gestellt und die Schwellung mit schneidenden Instrumenten und dem Galvanokauter abgetragen worden, jedoch trat stets nach einiger Zeit Recidiv ein. Es besteht die Frage, ob es sich um eine einfache Hyperplasie des Tuberculum septi handelt.

Hill hat öfters constatiren können, dass die Anschwellungen von weicher Consistenz am Septum eine ausgesprochene Tendenz zum Recidiviren haben.

Pegler hat in einem ganz ähnlichen Fall nach dreimaliger Operation einige Besserung erzielt.

Sir Felix Semon hat so oft nach Operationen am Septum mit der Schwierigkeit zu kämpfen gehabt, der nachfolgenden Schwellung Herr zu werden, dass er es gern sehen würde, wenn das Thema gelegentlich zum Gegenstand einer allgemeinen Discussion gemacht würde.

Lack ist überrascht zu sehen, dass heute eitrige Absonderung aus der Nase besteht, dieselbe war bei der letzten Untersuchung — vor 8 Tagen — nicht vorhanden.

Lambert Lack: Fall von hereditärer Syphilis der Nase, des Rachens und Kehlkopfs mit völligem Verschluss der Nase.

Achtjähriger Knabe mit völligem Verschluss der linken Nase und einem granulirenden Ulcus im rechten Nasenloch; Schwellung des weichen Gaumens, der an einzelnen Stellen ulcerirt ist. Epiglottis theilweise zerstört, der übrige Kehlkopf geschwollen. Unter Jodkali und Quecksilber ist etwas Besserung eingetreten.

Sir Felix Semon bezweifelt nach dem Kehlkopfbefund, dass es sich in diesem Falle allein um Syphilis handelt. Das Aussehen der Epiglottis ist geradezu typisch für Lupus. Er schlägt vor, ein Stückchen behufs mikroskopischer Untersuchung zu entfernen.

T. W. Bond: Grosser Larynxtumor.

Bei der vorgestellten Patientin besteht Heiserkeit seit 13 Monaten. Auf der rechten Seite des Kehlkopfs befindet sich eine rothe Geschwulstmasse, die sich hart anfühlt und sich vom Niveau der Stimmlippe bis zum oberen Rand der Epiglottis erstreckt. Die rechte aryepiglottische Falte und der rechte Aryknorpel waren in der Tumormasse aufgegangen.

Dundes Grant hält den Tumor für ein Sarkom.

Lack hat einen ähnlichen Fall beobachtet, der — ebenso wie der vorgestellte — keine sonstigen Anzeichen von Tuberculose darbot und in dem nach einem halben Jahr schliesslich doch Tuberkelbacillen gefunden wurden.

Lake kann die Aehnlichkeit zwischen Lack's Fall und dem vorgestellten nicht anerkennen, da in jenem der Tumor eine ganz glatte Oberfläche hatte, während sie bei diesem ausgesprochen knotig ist.

St. Clair Thomson hat der Gesellschaft einen ganz ähnlich aussehenden Fall vor etlicher Zeit vorgestellt, der damals von Allen für eine maligne Neubildung gehalten wurde. Zwei Wochen nach der Vorstellung fanden sich Tuberkelbacillen, und der Patient ging an Tuberculose zu Grunde.

Bond hält die Diagnose für schwankend zwischen Sarkom und Tuberculose; gegen letztere spricht Fehlen von Husten, Nachtschweiss, Fieber und Gewichtsabnahme.

St. Clair Thomson: Zungen-Lippen-Kehlkopflähmung mit totaler Lähmung des einen Stimmbandes und Abductorlähmung des anderen.

Vor sechs Monaten bestand Lähmung der Abductoren. Seit einem Monat

steht das linke Stimmband unbeweglich in Cadaverstellung, während das rechte in der Mittellinie stehen geblieben ist. Die einzige Bewegung besteht darin, dass bei der Phonation das rechte Stimmband über die Mittellinie hinweg sich dem linken nähert. Die Stimme ist fast unverständlich, da die Labial- und Dentallaute nicht gebildet werden können. Beim Trinken treten gelegentlich Spasmen und Husten auf.

Der Vorsitzende wirft die Frage auf, ob nicht Vornahme von Tracheotomie anzurathen wäre.

Watson Williams hält es für wahrscheinlich, dass bald auch auf der rechten Seite die Lähmung eine vollständige sein wird, wodurch dann die Gefahr der Asphyxie verringert würde.

St. Clair Thomson fragt, ob die in solchen Fällen oft beobachtete Anästhesie des Kehlkopfs eine Contraindication gegen die Tracheotomie abgiebt. Patient ist nicht geneigt, sich operiren zu lassen.

Edward Law: Fall von Auswüchsen oder kalkigen Auflagerungen im Untertheil der Trachea.

Patientin — eine 36jährige Frau — litt lange Jahre hindurch an üblem Geruch aus der Nase, wogegen sie Ausspülungen mit gutem Erfolg gebraucht. Sie klagt jetzt über Husten, Verlust des Geruchsvermögens und geringen Ausfluss aus der Nase. Die Untersuchung ergiebt ausser einem leichten Katarrh nichts Abnormes in Nase, Rachen und Kehlkopf. Im unteren Theil der Trachea sieht man papilläre Excrescenzen oder kreidige Auflagerungen, die ringförmig das Lumen der Trachea umgeben. Die Trachealschleimhaut war wenig oder gar nicht injicirt. Druck im Jugulum auf die Luftröhre ist schmerzhaft.

Die Diagnose schwankt zwischen papillomatösen Auswüchsen oder Ozaenaborken oder Keratosis, Kalkauflagerungen oder Enchondroma.

Waggett, der den Fall bei sehr guter Beleuchtung schon vorher gesehen hat, ist der Ansicht, dass es sich — bei dem Mangel jeglicher Atrophie in der Nase und der völligen Intactheit der Luftröhrenschleimhaut im oberen Abschnitt — nicht um Ozaenaborken handeln kann. Er ist vielmehr der Ansicht, dass es sich um papillomatöse Excrescenzen handelt. Er macht darauf aufmerksam, dass sie sich während der Respiration nicht bewegen. In den 24 Stunden, seit dem er den Fall gesehen hat, ist keinerlei Aenderung in dem Befunde eingetreten.

Lack ist der Ansicht, dass es sich um Borkenbildung handelt.

Sir Felix Semon ist derselben Meinung. Er wird dazu veranlasst durch das Vorhandensein von Borken im Nasenrachen und dadurch, dass bei zweckmässiger Beleuchtung die fraglichen Gebilde eine grünliche Farbe zeigen. Was den Umstand anbetrifft, dass das Aussehen der letzteren sich innerhalb 24 Stunden nicht geändert hat, so erinnert sich S. eines Falles, in dem er eine angebliche Geschwulst der Stimmlippe eine Woche lang beobachtete und diese Geschwulst sich dann leicht mit einem Pinsel fortwischen liess.

R. Lake: Abtragung der Epiglottis wegen Tuberculose.

Wegen starker Dysphagie wurde die infiltrirte Epiglottis mit der galvanokaustischen Schlinge abgetragen. Die Wunde heilte sehr gut.

Derselbe: Perichondritis tuberculosa.

Es handelte sich um den in der Februarsitzung vorgestellten Patienten (cfr. Centralblatt. XIX. S. 104). Es war im März eine Incision gemacht worden, bei der sich eine gelblich-weisse, halb transparente Masse fand, die zwischen Perichondrium und Knorpel sass. Sie wurde gründlich entfernt und nun stiess man in der Mittellinie des Knorpels auf eine kleine erkrankte Stelle, die ausgekratzt wurde. Die entfernte Masse war ein organisirtes Entzündungsproduct mit Riesenzellen und Tuberkelbacillen in diesen.

Pegler: Fall von Landkartenzunge.

Der Fall betrifft einen 4jährigen Knaben.

Hunter Tod: Syphilitische Nekrose des Naseninnern.

In Folge der Zerstörung im Innern der Nase kann man beide Keilbeinmündungen sehen und die Ostia ethmoidalis auf der linken Seite.

St. Clair Thomson, Hill und Watson Williams meinen, dass es sich nicht um die Keilbeinmündungen, sondern um Producte des Narbenprocesses handelt.

Waggett: Adenoma cysticum der Schilddrüse.

Der Fall betrifft eine 43jährige Frau. Es ist plötzlich ein Wachsthum des Tumors um die doppelte Grösse eingetreten, wahrscheinlich in Folge einer Blutung in die Cyste. Ernest Waggett.

---

g) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

Zehnte Jahresversammlung in Utrecht am 31. Mai und 1. Juni 1902.

Vorsitzender: Prof. Guye.

In den Vorstand werden wiedergewählt als Vorsitzender: Prof. Guye; als Schatzmeister: Dr. Moll; als Schriftführer-Bibliothekar: Dr. Burger (Weteringschans 72, Amsterdam).

I. A. Sikkel (Haag): Die Statistik der adenoiden Vegetationen.

Auf Antrag des Vortragenden wird eine Commission für die Ausarbeitung einheitlicher statistischer Schemata erwählt. Dieselbe besteht aus den Herren Moll, Schutter und Sikkel.

II. W. Schutter (Groningen): Ueber die Behandlung der hysterischen Aphonie.

S. empfiehlt die Spiess'sche Methode (Archiv f. Lar., Bd. IX.), welche weit weniger ermüdend als die vom Husten und Räuspern ausgehende suggestive Tonmethode ist und auch den Vortheil hat, dass im Fall von Recidiv dem Patienten ein Mittel zur Selbstbehandlung in die Hand gegeben ist.



Discussion: Posthumus Meyjes, Ypes, Mulder, Schutter.

III. H. J. L. Struycken (Breda): Demonstration einer Methode der Nasentamponade und einiger Instrumente.

1. Nasentamponade (vergl. Centralbl. 1901. S. 77); 2. Sonde für die Stirnhöhle (Ibid. S. 350); 3. Resectionszange für das Septum cartilagineum; 4. Tonsillenzange, wesentlich ein vergrössertes Hartmann'sches Conchotom; 5. Drainröhrchen für die radicale Mastoidoperation und die Operation der Stirnhöhle; 6. Trephinen.

IV. P. J. Zaalberg (Amsterdam): Demonstration eines Falles von geheilter Ozaena.

Es ist derselbe geheilt gebliebene Patient, den Z. vor 2 Jahren demonstrirt hat und bei dem Einblasungen von Ac. citr., Saach. lact. aa die Heilung herbeigeführt haben (vergl. Monatsschr. f. Ohrenh. 1900. Bd. 34. S. 313).

V. H. Burger (Amsterdam): Demonstration eines Patienten mit abnormer Beweglichkeit des linken Aryknorpels.

Es besteht Aphonie und unvollständige Stummheit. Das Kehlkopfspiegelbild ist asymmetrisch; das linke Stimmband ist vom Taschenband verdeckt. Bei der Intonation wird plötzlich der ganze Kehlkopf im Niveau der Taschenbänder fest verschlossen, wobei die linke Cartilago arytaenoidea ganz vorn überfällt und sich an das rechte Taschenband und die Epiglottis anlegt. Dabei wird ihre ganze nach oben gewendete pharyngeale Fläche sichtbar. B. kann die verminderte Beweglichkeit der linken Larynxhälfte, anscheinende Schwellung des linken Taschenbandes und abnorme Beweglichkeit des linken Arytaenoidknorpels, nur als Folge eines abgelaufenes Processes an der Articulatio crico-arytaenoidea, der ein Schlottergelenk zurückgelassen hat, deuten. Die Sprachstörung meint er auf Rechnung von Simulation resp. Aggravation stellen zu müssen.

Discussion: Zaalberg, Braat, Mool, Posthumus Meyjes, Burger.

VI. H. Braat (Arnheim): Ein Fall von Otitis serosa mit complicirender Meningitis serosa.

VII. F. H. Quix (Helder): a) Demonstration mikroskopischer (otologischer) Präparate. — b) Bemerkungen über die Physiologie der Bogengänge bei Haifischen.

VIII. H. Zwaardemaker (Utrecht): Ausdehnung der Registration der Sprachbewegung auf Zungenbein und Kehlkopf.

Ein kleines Rädchen wird mittelst eines Hebelbaums zwischen Zungenbein und Pomum Adami an den Hals fest angedrückt gehalten. Die auf- und absteigenden Bewegungen des Kehlkopfs werden mittelst des Hebelbaums auf einen Marey-schen Cylinder registrirt; die zufälligen Verschiebungen der Haut durch Drehungen des Rädchens annulirt. Die Vor- und Rückwärtsbewegungen des Kehlkopfes

werden zu gleicher Zeit mittelst einer Sprungfeder und eines zweiten Lufttransports aufgezeichnet. Auch die wechselnde Mundbodenspannung wird registrirt.

IX. W. Posthumus Meyjes (Amsterdam): Ein Fall von Hirnabscess (bei Ohrenleiden).

X. W. Schutter: Demonstration eines Falles von ohne Tamponade nachbehandelter Radicaloperation (bei Mittelohreiterung).

XI. A. Sikkel: Ein Fall von Kleinhirnabscess nach chronischer Ohreiterung.

XII. H. Zwaardemaker: Odorimetrie.

Zur Bestimmung der relativen Riechkraft verschiedener Riechstoffe hat S. die Aspiration durch den Riechmesser hindurch nicht von dem Einathmungsstrom, sondern von einer kleinen Luftpumpe bewirken lassen. Im Riechmesser ist der Porzellancylinder von einem mit Filtrirpapier umwundenen Nickelgazecylinder remplacirt worden.

Discussion: Struycken, Guye, Zwaardemarker.

XIII. H. Burger: Demonstration eines Falles von Labyrinthverwundung.

XIV. A. C. H. Moll (Arnheim): a) Demonstration einer Patientin mit hysterischer Taubheit. — b) Demonstration eines Kranken mit Carcinom des Naseninnern.

Die Nase des 50 jährigen Pat. war beiderseits mit einer leicht blutenden Tumormasse ausgefüllt. Dieselbe wurde mit Löffeln und Löffelzangen abgetragen und namentlich das Siebbein gründlich ausgeräumt. Das Septum osseum war grösstentheils verschwunden. Nachwachsende Granulationen wurden mit dem Galvanokauter zerstört. Seit mehreren Monaten ist kein Tumor mehr nachweisbar. Mikroskopisch ist die Geschwulst ein diffus wucherndes Epitheliom; der Ausgangspunkt vermuthlich am Septum.

XV. F. H. Quix: Eine neue Methode zur Bestimmung der Hörschärfe.

XVI. H. J. L. Struycken: a) Demonstration der Schwingungsweise des Stimmgabelstiels. — b) Empfindliche Flammen.

XVII. H. Zwaardemaker: Hörschärfe als Function der Tonhöhe.

XVIII. A. A. G. Guye (Amsterdam): Demonstration eines Fremdkörpers aus dem Ohr.

H. Burger.



Druck von L. Schumacher in Berlin.



᾿Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIX. Berlin, Juni. 1903. No. 6.

I. Die Section für Rhinologie und Laryngologie des vierzehnten internationalen medicinischen Congresses (Madrid 23—30. April 1903).

„Il n'y a plus des Pyrénées!“ hat ja wohl Ludwig XIV einmal gesagt — ein stolzes Wort, das für den „ersten König der Christenheit“ für „le Roi Soleil“ gewiss seine Berechtigung hatte, keineswegs aber für den gewöhnlichen Sterblichen gilt, der seine Schritte nach Spanien lenkt. Im Gegentheil, er empfindet an allen Ecken und Enden, auf der Eisenbahn, im Hotel, bei Verhandlungen mit Kutschern, Kaufleuten u. s. w., dass das nördliche Grenzgebirge eine hohe Mauer gegen das übrige Europa bildet, die zu übersteigen den Spaniern ungeheure Schwierigkeiten zu bereiten scheint oder die sie nicht übersteigen wollen. Diese Abgeschlossenheit von der Cultur, von der Lebensanschauung und den Gewohnheiten der übrigen Welt erzeugt eine gewisse Eigenartigkeit, die den Culturhistoriker gewiss interessiren wird und dem Vergnügungsreisenden mancherlei interessante Dinge verspricht, aber auch verschiedene Unbequemlichkeiten und Unannehmlichkeiten zumuthet, sodass ein mir befreundeter College, der sich nicht mit der in Spanien nöthigen Geduld und dem unerlässlichen Gleichmuth gewappnet hatte, seinem Unmuth gegen die Spanier dadurch Luft zu machen suchte, dass er sie fragte, wann der nächste Zug nach Europa ginge. Es fehlt hier, wie es scheint, vollkommen der Begriff des Zeitwerthes und damit in Zusammenhang steht die Unpünktlichkeit, ein gewisser Schlendrian und vielleicht der Mangel an Organisationsfähigkeit. —

Die einzelnen Bureaus waren mit viel zu wenig Personal versorgt, das seinerseits auch ungenügend unterrichtet war, so dass man, um z. B. seine Abzeichen zu erhalten, sich stundenlang drängen musste; wollte man etwas auf dem Bureau erfahren, wurde man oft von einem zum anderen geschickt.

Das Tageblatt, der Diario oficial, der in spanischer und französischer Sprache erschien, war die beiden ersten Tage des Congresses überhaupt nicht zu erhalten und später oft mit grossen Schwierigkeiten und erst in vorgerückter Stunde; ausserdem enthielt es gewöhnlich nur den Bericht über den vergangenen Tag, aber nicht das Programm des kommenden, sodass man sich nie recht orientiren und



seine Disposition im voraus treffen konnte; die Tagesordnung der einzelnen Sitzungen wurde gewöhnlich erst im Beginne derselben bekannt gegeben. Es herrschte in Folge dessen eine grosse Unordnung und Zerfahrenheit, die bei vielen Collegen einon Unmuth erzeugte, der sie das Fernbleiben von den Sitzungen vorziehen liess.

Auch in Bezug auf die Festlichkeiten befanden sich sehr viele auswärtige Collegen zumeist in Unkenntniss, so dass manch einer, der gerne an ihnen Theil genommen hätte, ihnen fern blieb. Das von der Stadt gegebene Fest im Ayuntamiento war nur für eine beschränkte Zahl bestimmt; wie ich hörte, waren von etwa 7000 Theilnehmern nur 1500 geladen; dagegen war der freundliche Empfang beim König, bei dem sich besonders die Königin-Mutter viel Sympathien zu erwerben wusste, ein allgemeiner. Von der Galavorstellung in der Oper erfuhr nur ein relativ kleiner Procentsatz der Congresstheilnehmer rechtzeitig, eine Gardenparty im Buen retiro war gut besucht, zum Ministerpräsidenten waren alle Delegirten in die schönen Räume des Staatsministeriums geladen. Zu dem am Sonntage stattfindenden Stierkampfe, für den eigentlich jeder eine officielle Einladung erwartet hatte, musste man sich selbst ein Billet besorgen und zumeist zu einem sehr hohen Preise, da die Eintrittskarten ganz in den Händen von Händlern waren.

Für die Damen der Congressmitglieder war eigentlich überhaupt nicht gesorgt worden; sie mussten sich auf eigene Faust unterhalten, und dazu ist ja in Madrid reichlich Gelegenheit. Die Ausflüge nach dem Escorial, Aranjuez und Toledo, das Pradomuseum mit seinem unerschöpflichen Reichthum an unvergleichlichen Meisterwerken entschädigt für alle sonstigen Entbehrungen.

Die Anziehungskraft dieser Sehenswürdigkeiten war gewiss nicht zu einem geringen Theil Schuld an dem mangelhaften Besuch vieler Sitzungen; mancher College war nur einmal dort, um sich in die Präsenzliste einzuzeichnen und nicht wiederzukommen. Aber die Räumlichkeiten, wiewohl sie für alle Sectionen in einem Hause, der Biblioteca nacional, lagen, waren zumeist ungeeignet, da sie wegen der gleichzeitig in oder neben ihnen aufgestellten Museumsgegenstände von Schaulustigen auch während der Sitzungen besucht wurden.

Was unsere Abtheilung betraf, so lag der uns zugewiesene Raum zwar abseits vom grossen Getriebe, war aber von dem Sitzungszimmer der otologischen Section durch eine nur die halbe Höhe desselben erreichende Holzwand getrennt, so dass ein gleichzeitiges Tagen beider Abtheilungen unmöglich war. Es wurde deswegen das Abkommen getroffen, dass wir von 9—$11^1/_2$ Uhr verhandelten, um dann den Ohrenärzten Platz zu machen. So kam es natürlich, dass unsere Tagesordnung nie erledigt werden konnte. Es wird mir schwer, diese unangenehmen Dinge alle auszusprechen und die mangelhafte Organisation tadeln zu müssen, aber der Wahrheit die Ehre! — Schuld trug gewiss nicht der Mangel an gutem Willen, sondern an Fähigkeit: es wird mir um so schwerer, als die Liebenswürdigkeit jedes einzelnen spanischen Collegen eine so wohlthuende und ausgezeichnete war; insbesondere kann ich nicht vergessen, in wie aufopfernder Weise der Vorsitzende unserer Section, Uruñuela, sich in den Dienst der auswärtigen Collegen stellte.

Ein opulentes und lustiges Diner, zu dem leider nur einige auswärtige Damen erschienen waren — die Spanierinnen waren, wie man mir sagte, der Landessitte

gemäss fern geblieben — wurde uns, den vereinigten Laryngologen und Otologen, von den spanischen Collegen gegeben, die sich hier im vollen Glanze ihrer südländischen Liebenswürdigkeit zeigten.

Zu Ehrenpräsidenten waren seitens des spanischen Vorstandes ernannt: W. Freudenthal, Moure, A. Rosenberg, Segura, Botey, Capart, Schmiegelow, Dionisio; zu Ehrensecretären Poli, Broeckaert, Mignon.

Die officiellen Referate erreichten wol kaum die gewünschte Höhe; hervorzuheben wäre der Bericht von Freudenthal, der einer der officiellen Redner über das Thema der Rhinitis atrophicans war. Der dritte Berichterstatter — neben Moure — Peláez war leider durch Krankheit am Erscheinen verhindert. Die Discussion förderte auch nichts erwähnenswerthes zu Tage; beachtenswerth waren Gradenigo's Ausführungen. Die Discussion wurde überhaupt vorzugsweise von den spanischen Collegen geführt, und da ihre Sprache den meisten ausländischen Aerzten nicht verständlich, so stiess eine allgemeinere fruchtbringende Betheiligung auf grosse Schwierigkeiten. Es wäre vielleicht wünschenswerth gewesen, wenn die Spanier sich in Bezug auf ihre Theilnahme an der Tagesordnung etwas reservirter verhalten hätten; allerdings haben sie uns so eine recht gute Meinung von ihrem ernsten Streben nach Fortschritt und fleissigem Arbeiten beigebracht. Neben dem spanischen trat am meisten das französische Element hervor, während die englische und deutsche Sprache kaum vernommen wurde.

Das Referat über die chirurgische Behandlung des Larynxcarcinoms hatten Sota y Lastra, der aber nicht anwesend war und dessen Manuscript der 1. Schriftführer Compaired verlas und Gluck (Berlin) übernommen, der aber weder zugegen war, noch ein Manuscript eingesendet hatte.

Sonst wurde mehrfach die Behandlung der atrophirenden Rhinitis mittelst Paraffininjectionen (Moure, Broeckaert, Compaired, Botey u. A.), Phototherapie (Dionisio) besprochen, Recurrensparalyse (Broeckaert), Pachydermie (Rosenberg), Folgezustände der Intubation (Fischer-New York) und manches andere. Mit jedem Tage wurde der Besuch der Sitzungen seitens der nichtspanischen Collegen geringer, sodass das Spanische immer mehr vorherrschend wurde; das Interesse schwand mehr und mehr, so dass ich nicht einmal über das dritte officielle Referat, das sich auf die locale Behandlung der Larynxtuberculose bezog, berichten kann.

Am letzten Tage meiner Anwesenheit zeigte einigen Collegen und mir Uruñuela das Istituto Rubio, ein von dem inzwischen verstorbenen allgemein verehrten humanen Arzte Rubio gegründetes Krankenhaus, das zwar einfach eingerichtet ist, aber allen modernen hygienischen Anforderungen vollkommen entspricht und in dem eine Reihe hervorragender spanischer Collegen ihre Ambulatorien und Kliniken haben. Es ist diese Einrichtung um so erfreulicher, als seitens der Regierung für den Bau von Krankenhäusern, Kliniken, Unterstützung der Aerzte zu gemeinnützigen Zwecken kein Fond vorhanden zu sein scheint.

A. Rosenberg.



II. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente, Instrumente.

1) **Melzi. Auszug aus dem statistisch-klinischen Bericht vom 1. April 1900 bis 31. December 1901. (Estratto del rendiconto statistico-clinico dal 1. aprile 1900 al 31. dicembre 1901.)** *Arch. Ital. d. Otologia. 1903. No. III.*

Im rhino-laryngologischen Ambulatorium des Ospedale maggiore in Mailand sind in dem oben angeführten Zeitraum 2473 Patienten behandelt worden. In seinem Bericht handelt Verf. ausführlicher über die Behandlung der Larynxtuberculose; ferner theilt er einen Fall von Kehlkopflupus mit, berichtet über 2 Fälle von Kehlkopftumoren — ein Angiom des Stimmbandes und ein Fall von multiplen Papillomen bei einem Kinde — und spricht schliesslich über die Therapie der parenchymatösen Struma; er hat 150 Fälle — zumeist mit sehr gutem Erfolg — mit Thyreoidin behandelt.

FINDER.

2) **Orlandini. Klinisch-statistischer Bericht December 1901 bis Juni 1902 des Ambulatoriums für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke von S. Maria Nuova in Florenz. (Resocento clinico-statistico dicemb. 1901 al luglio 1902 dell'Ambulatorio per le malattie di orecchio, naso, gola dell'Arcispedale di S. Maria Nuova di Firenze.)** *Arch. Ital. d. Otologia. etc. No. II u. III. 1903.*

Bericht über 461 Fälle von Hals-, Nasen- und Kehlkopfkranken.

FINDER.

3) **Heynieux. Zur Somnoformfrage. (A propos du Somnoforme.)** *La Presse Oto-Laryngol. Belge. No. 9. 1902.*

Siehe Jahresbericht der Belg. oto-laryngol. Gesellschaft vom 1. Juni 1902.

BAYER.

4) **T. B. Aldrich. Die Natur des Adrenalins. (The nature of Adrenalin.)** *N. Y. Medical News. 9. August 1902.*

Es handelt sich um die Frage nach dem wirksamen Princip der Nebennierenpräparate. Das Resultat der chemischen Untersuchungen ist, dass das Adrenalin identisch ist mit der Kupfersulphat reducirenden Base und der blutdrucksteigernden Substanz, die in der Drüse gefunden sind; das Adrenalin muss daher als das wirkliche active Princip betrachtet werden und nicht, wie Abel will, als eine modificirte Form desselben.

LEFFERTS.

5) **Vincent. Ueber Adrenalin. (Sur l'adrénaline.)** *Société nationale de médecine de Lyon. 1. December 1902.*

Verf. kann in die Lobeserhebungen, die von fast allen Seiten über die Nebennierenpräparate erschallen, nicht einstimmen. Er hat es in einem Fall von Epistaxis bei einem alten Mann ohne jeden Erfolg angewandt und spricht dem Mittel alle für die klinische Anwendung in Betracht kommenden hämostyptischen Eigenschaften ab.

PAUL RAUGÉ.

6) **H. Mygind. Ueber das Adrenalin und seine Anwendung in der Oto-Laryngologie. (Om Adrenalinet og dets Anvendelse i Otolaryngologien.)** *Hospitals Tidende. S. 1272. 1902.*

Uebersichtsartikel.

E. SCHMIEGELOW.

7) **Baéza** (Haag). **Ueber Adrenalinum-Chlorid mit Chloretone (Chloroform + Aceton) und die Anwendung in der rhinologischen Praxis.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 52. 1902.*

Empfehlung des Mittels zur Anämisirung der Nasenschleimhaut vor Operationen.

ZARNIKO.

8) **C. Compaired** (Madrid). **Das salzsaure Adrenalin in der Oto-Rhino-Laryngologie. (El cloruro de adrenalina en oto-rino-laringologia.)** *El Siglo Médico. No. 515. 1902.*

C. bevorzugt für die Praxis das salzsaure Adrenalin, welches kein belästigendes Gefühl hervorruft. Verf. hat es mit gutem Resultate als gefässverengerndes Mittel bei Affectionen der Nasenhöhlen und bei chronischen, nicht specifischen Laryngitiden angewandt, und betrachtet es als kostbare Bereicherung des Arzneischatzes der Oto-Rhino-Laryngologen.

R. BOTEY.

9) **v. Fürth** (Strassburg). **Mahnung zur Vorsicht beim Gebrauche von Nebennierenpräparaten.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 43. 1902.*

Bei intravenöser, aber auch bei subcutaner oder sonstiger Application von Nebennierenpräparaten sind bei Thieren Vergiftungen beobachtet worden, die unter schweren Störungen des Circulations- und Respirationsapparates, sowie des Nervensystems zum Tode führen. Auch das Auftreten von Diabetes ist danach beobachtet worden. Verf. räth deshalb zur Vorsicht und warnt besonders vor der Anwendung, wenn die Möglichkeit vorhanden ist, dass das Gift in eine Vene geräth.

ZARNIKO.

10) **H. Chaldecott. Die Wahl eines Anästheticums für kurze Hals- und Nasenoperationen. (The choice of an anaesthetic for short operations upon the throat and nose.)** *Lancet. 13. September 1902.*

Verf. hält die Anwendung von Chloroform bei der Entfernung von adenoiden Vegetationen und Tonsillen für gefährlich; er hat nicht weniger als 50 Todesfälle zusammenstellen können. Bei Kindern unter 10 Monaten räth er Aether in einer offenen Maske zu geben, bei älteren Kindern und Erwachsenen Lachgasnarkose anzuwenden. Auf diese Weise sind am Metropolitan Throat Hospital in den letzten 17 Jahren 20000 Operationen zu voller Zufriedenheit ausgeführt worden. Bei der Anwendung von Gas empfiehlt es sich am meisten, im Sitzen zu operiren.

ADOLPH BRONNER.

11) **Albert Rosenberg** (Berlin). **Die locale Anwendung von Heroinum hydrochloricum. (The local application of Heroin hydrochloride.)** *Laryngoscope. August 1902.*

Die locale Application von Heroinum hydrochlor. erwies sich bei Dysphagie infolge von Larynxtuberculose als sehr nützlich; die Wirkung ist eine kumulative,

insofern bei der ersten Anwendung die Schmerzen nur auf Stunden verschwinden, später aber den ganzen Tag über fortbleiben.

Zur Erzielung des vollen Effects ist es nöthig, sich nicht mit einer blossen Injection in den Larynx zu begnügen, sondern darauf zu achten, dass die Flüssigkeit gerade die erkrankten Partien trifft.

EMIL MAYER.

12) **L. Schwarz. Vergiftung mit Kali chloricum.** (Verein Deutscher Aerzte in Prag, 14. November 1902.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 49. 1902.*

Im Blute und Harne Acethämoglobin nachweisbar. Initiale Temperatursteigerung und eine von Tag zu Tag zunehmende Hyperleukocytose (bis 50,000).

CHIARI.

13) **Adamkiewicz** (Wien). **Neue Erfolge des Cancroins beim Krebs der Zunge, des Kehlkopfes, der Speiseröhre, des Magens und der Brustdrüse.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 24. 1902.*

Hervorzuheben sind die beiden ersten Fälle von Zungen- und Kehlkopfkrebs, bei denen nach Einspritzung von Cancroin eine bedeutende locale und allgemeine Besserung eingetreten sein soll.

ZARNIKO.

14) **Courtade. Mängel des käuflichen Wasserstoffsuperoxyds. (Inconvénients de l'eau oxygénée commerciale.)** *Société de Thérapeutique. 22. October 1902.*

Die Zusammensetzung des im Handel erhältlichen Wasserstoffsuperoxyd ist sehr inconstant; manche Präparate enthalten die auf Haut und Schleimhäute stark ätzend wirkende Fluorwasserstoffsäure. Es ist vorgeschlagen worden, dem käuflichen Wasserstoffsuperoxyd Aether zuzusetzen; durch diesen Zusatz soll einerseits die Acidität der Flüssigkeit herabgesetzt werden, andererseits soll dadurch der Sauerstoff besser fixirt und so dem Präparat grössere Haltbarkeit gegeben werden.

PAUL RAUGÉ.

15) **M. W. Ledermann. Klinischer Bericht über den Gebrauch von Argyrol bei Krankheiten von Nase, Hals und Ohr. (Clinical report on the use of Argyrol in diseases of the nose, throat and ear.)** *N. Y. Medical Record. 22. November 1902.*

Das unter dem Namen „Argyrol" im Handel befindliche Präparat übertrifft alle andern organischen Ag.-Verbindungen durch seinen Gehalt von 30pCt. Silber. Es ist sehr leicht in Wasser löslich, giebt in keiner Concentration mit Eiweiss oder NaCl Niederschläge und übt in Folge dessen auch keine Aetzwirkung auf Schleimhäute aus. Verf. hat das Mittel bei chronischen Katarrhen in steigernder Concentration — von 5proc. Lösung bis zu 50proc. — angewandt und ist zu der Ueberzeugung gelangt, dass das Argyrol ein höchst werthvolles Ersatzmittel des Silbernitrats ist, dessen gute Eigenschaften es alle besitzt, ohne mit ihm die unangenehmen irritirenden Nebenwirkungen zu theilen.

LEFFERTS.

16) **Schenk** (Köln a/Rh.). **Weitere Mittheilungen über Pulverinhalation.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 25. 1902.*

Beschreibung eines sehr einfachen Apparates. Verf. führt aus, dass trockener Staub bei der Inhalation weiter eindringt als Flüssigkeitsstaub und dass bei An-

wendung geeigneter Mittel jede Gefahr ausgeschlossen, dagegen ein mehr oder weniger grosser Erfolg mit Sicherheit zu erwarten sei. ZARNIKO.

17) **Reinewald** (Nauheim). **Ein heizbarer Universalapparat für alle Arten von Ausspülungen, für Spray und Luftdouche.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 32. 1902.*

Die Beschreibung des sinnreich construirten, aber recht complicirten Apparates muss im Original nachgelesen werden. ZARNIKO.

18) **T. W. Eddy. Ein neuer Zungendepressor. (A new tongues depressor.)** *N. Y. Medical Record. 27. September 1902.*

Das Instrument des Verf.'s ist nach dem Muster eines Uterusdilatators mit gespreizten Branchen construirt; das die Untersuchung bisweilen erschwerende Würgen und Brechen der Patienten soll bei Anwendung dieses Instruments nicht vorkommen. LEFFERTS.

19) **Braatz** (Königsberg). **Schrauben-Mundsperrer.** *Münch. med. Wochenschr. No. 5. 1903.*

B. construirte einen neuen Mundsperrer, der aus einer festen Handhabe besteht, die geschlossen in den Mund eingeführt und durch Schraubenwirkung auf eine zweite Platte auseinanderweicht. Zu beziehen durch Instrumentenmacher Heldt, Königsberg, Sterndamm. SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

20) **K. Peter. Anlage und Homologie der Nasenmuscheln.** (*Vergl. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 60.). Verhandl. der Anat. Gesellsch. 16. Versammlung in Halle a/S. 1902. Anat. Anzeig. Bd. 21. Suppl. S. 151.*

Die Nasenmuscheln entstehen z. Th. aus der seitlichen Wand der Nasenrinne. Ventral schnürt sich daselbst das Maxilloturbinale, dorsal das Nasoturbinale ab. Hinter diesen stülpt sich in späteren Stadien die laterale Wand in einer halbkreisförmigen Falte nach aussen um. Diese Spalte lässt ventral den Sinus maxillaris entstehen, dorsal eine breitere Bucht, in welcher sich die Conchae obtectae, vom ersten Ethmoturbinale bedeckt, anlegen. Z. Th. entstehen die Muscheln dadurch, dass die hinteren Partien der septalen Wand des Riechsackes sich nach der Seite abknicken. So wird erst ein hinteres Dach für die Nasenhöhle gebildet, welches dann in's Lumen einsinkt. Von diesem scheinbar lateralen, in Wahrheit aber medialen Abschnitt schnüren sich der Reihe nach die Ethmoturbinalia ab. Es ergiebt sich somit, dass das Nasoturbinale (Agger nasi beim Menschen) und die Conchae obtectae mit den Ethmoturbinalia genetisch durchaus nichts zu thun haben, demnach nicht mit demselben Namen zu bezeichnen sind.

J. KATZENSTEIN.

21) **A. Coodlidge** jun. **Asymmetrie der Nasenhöhlen. (Asymmetry of the nasal cavities.)** *American Journal of Medical Sciences. November 1901.*

Verf. weist darauf hin, dass es in Anbetracht der umfangreichen Literatur, die über die asymetrische Stellung des Septums existirt, sonderbar ist, dass man

nicht den gleichzeitig bestehenden Asymetrien der anderen intranasalen Gebilde, z. B. der Muscheln, der Siebbeinzellen und Kieferhöhlenwandungen grössere Aufmerksamkeit geschenkt hat. Nachdem er verschiedene Autoritäten über diesen Gegenstand angeführt hat, stellt er folgende Sätze zur Discussion:

1. In Fällen von Septumdeviation müssen die Asymetrien der anderen intranasalen Gebilde als physiologische Compensationsveränderungen aufgefasst werden.

2. In der Regel haben diese Veränderungen an den Muscheln und Siebbeinknochen mit der Verstärkung oder Abnahme des Luftstromes nichts zu thun; ebensowenig ist die Verbiegung des Septums oft die Folge einer Asymetrie der Muscheln.

3. Welches auch der Mechanismus sein möge, mit dem sich dieser Ausgleich vollzieht, den Siebbeinknochen und den Muscheln ist ein nutritives Anpassungsvermögen eigen, das sie geeignet macht, die durch eine Septumverbiegung bedingten Störungen auf ein Minimum zu reduciren. Geringe Verbiegungen können so ganz, beträchtliche wenigstens theilweise unschädlich gemacht werden.

4. Der Eingang in die eigentlichen Nasenhöhlen betheiligt sich an diesem Compensationsvorgang nicht und hier führt eine Verbiegung des Knorpels bald zu einer Obstruction.

A. LOGAN TURNER.

22) **O. Kutvirt. Angeborene Choanalatresie.** (Verein Böhmischer Aerzte in Prag.) *Wien. med. Wochenschr. No. 43. 1902.*

6jähriges Mädchen, beiderseitiger knöcherner Verschluss. Als Säugling musste das Kind mit dem Löffel genährt werden; beide Nasenseiten sind für die Athmungsluft vollständig undurchgängig; die Consonanten „m" und „n" können nicht gesprochen werden.

CHIARI.

23) **N. Longo. Ein sehr seltener Fall von angeborener Missbildung der Nase. (Un caso rarissimo di deformità congenita del naso.)** *Giorn. internaz. sc. med. Anno 24. Fasc. 9. p. 398—404. 1902.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

24) **Beaman Douglas. Das Verhalten der Nase im Alter. (Nasal condition observed in the aged.)** *N. Y. Medical Journal. 25. Mai 1901.*

Die Resultate, zu denen Verf. gelangt, sind im Wesentlichen negative. Es wird auf die Thatsache aufmerksam gemacht, dass auf der einen Seite sich oft ausgesprochene krankhafte Veränderungen in der Nase finden, ohne dass daraus Beschwerden resultiren, während andererseits bestehende Symptome durchaus nicht immer nach Beseitigung der ihnen anscheinend zu Grunde liegenden anatomischen Läsionen verschwinden.

LEFFERTS.

25) **William Lincoln Ballenger. Die Aetiologie der Deformitäten und Deviationen des Nasenseptums. (The etiology of deformities and deviations of the nasal septum.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1902.*

Nach Ansicht des Verf.'s sind Septumdeviationen nichts anderes als eine Theilerscheinung der Unregelmässigkeiten in der Entwickelung des knöchernen Gesichtsskelettes überhaupt.

EMIL MAYER.

26) **Chevalier Jackson. Deviationen der Nasenscheidewand. Warum lassen unsere Operationen oft im Stich? (Deviation of the nasal septum. Why do our operations often fail?)** *Laryngoscope. März 1902.*

Verf. beantwortet die aufgestellte Frage dahin, dass nach der Operation oft das gerade gerichtete Septum durch die untere Muschel wieder in seine alte Deviation zurückgedrängt wird; wenigstens hat er in 2 Fällen, in denen er „zufällig“ nach der Operation das Septum inspicirte, die Ueberzeugung gewonnen, dass es sich so verhält. Er schlägt daher vor, der Operation an der Scheidewand die Abtragung der unteren Muschel auf der der Concavität des Septums entsprechenden Seite vorausgehen zu lassen. Seine Resultate giebt Verf. als günstig an, obwohl er in Parenthese das Zugeständniss macht, dass seine operative Geschicklichkeit nur eine mässige ist!

EMIL MAYER.

27) **Otto J. Freer. Die Correction der Nasenverbiegungen. (The correction of deflection of the nasal septum.)** *Journal American Medical Association. 8. März 1902.*

Unter Cocainanästhesie trägt Verf. mit Meissel oder Trephine die knöchernen Vorsprünge ab und richtet dann mittels einer Quetschzange das Septum gerade. Als Dauer der Operation wird eine halbe bis zwei Stunden angegeben! Gegen die Asch'sche Operation, deren wachsende Popularität Verf. durch die Einfachheit ihrer Ausführung erklärt, wendet er ein, dass das durch sie gesetzte Trauma zu erheblich sei, die Asch'schen und Mayer'schen Tuben hält er für verwerflich und führt drei Autoren an, die nach der Asch'schen Operation ernste Folgezustände beobachtet haben.

(Der zur Verfügung stehende Raum gestattet nicht, die Behauptungen des Verf.'s ausführlich zurückzuweisen. Das getadelte Operationsverfahren würde sich doch wohl keiner ,,wachsenden Popularität“ erfreuen, wenn es so werthlos wäre, noch würde es ständig von unseren Fachgenossen geübt werden. Ref.)

EMIL MAYER.

28) **R. S. Booth. Septumoperationen unter Cocain und Lachgas. (Septum operations under Cocain and nitrous oxid gas.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1902.*

Nachdem unter Cocain und Adrenalin die Septumschleimhaut durchschnitten ist, vollendet B. die Operation in Stickstoffoxydul-Narkose.

EMIL MAYER.

29) **Melville Black. Operation zur Beseitigung von Spinae am Septum. (Operation for the removal of septal spines.)** *Laryngoscope. Mai 1902.*

Verf. räth den Gebrauch der durch einen Elektromotor betriebenen Säge.

EMIL MAYER.

30) **George Jetterolf. Ein neues Instrument für Operationen am Nasenseptum. (A new instrument for operations on the nasal septum.)** *American Medicine. 1. März 1902.*

Das Instrument ist ein Mittelding zwischen einer Säge und einer Feile. Seine Schneide ist gekrümmt und besteht aus einer Reihe von Zähnen, die so angeordnet

sind, dass die eine Hälfte derselben schneidet, wenn das Instrument vorgestossen, die andere Hälfte aber, wenn es zurückgezogen wird. EMIL MAYER.

31) **Chat. W. Richardson. Perforation der Nasenscheidewand. (Perforation of the septum narium.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Februar 1902.*

Der Arbeit liegen Beobachtungen von 25 Fällen zu Grunde; in 8 kam die Perforation zu Stande infolge eines localen degenerativen Processes, in 11 konnte die Diagnose mit Sicherheit auf Tuberculose gestellt werden, in 2 entstand sie in Folge von Typhus, in 2 trat sie bei einer Rhinitis atrophicans auf und in den restirenden 2 Fällen war kein Grund für die Entstehung der Perforation auffindbar.

EMIL MAYER.

32) **Bamberger** (Kissingen). **Ueber die Septumperforation der Chromarbeiter.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1902.*

Dass bei Chromarbeitern stets zuerst die Nasenscheidewand leidet und langsam aber schmerzlos perforirt wird, hat darin seinen Grund, dass der Inspirationsstrom in einem aufwärts gerichteten Bogen von der Seitenwand der Nase her nach dem Septum geführt wird, wo er anprallend dann längs des Septums weiter nach den Choanen zieht; die der Luft beigemischten Chrompartikelchen gelangen so an das feuchte Septum, wo sie hängen bleiben und ihre Aetzwirkung entfalten. SCHECH.

33) **F. Rode. Ueber einige Fälle von traumatischen Abscessen der Nasenscheidewand.** (Aus Prof. O. Chiari's k. k. Univ.-Klinik für Kehlkopf- u. Nasenkrankheiten in Wien.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 41. 1902.*

Im Jahre 1901 beobachtete R. an obiger Klinik fünf Fälle von traumatischen Septumabscessen, deren Krankengeschichten mitgetheilt werden. Die Seltenheit dieser Fälle wird dadurch erklärt, dass die Nase (nach statistischen Angaben relativ selten von einem Trauma betroffen wird, welches ätiologisch vor Allem in Frage kommt, und weil ferner nur solche Traumen mässiger Kraft einen Septumabscess zur Folge haben können, die auf ganz bestimmte Stellen der Nase einwirken, besonders auf den hinteren, fixen Theil des cartilaginösen Septums.

CHIARI.

34) **Michele de Rosa. Abscess der Nasenscheidewand. (Ascesso del setto nasale.)** *Arch. Ital. d. Otologia, Rinologia e Laringologia. No. IV. 1902.*

Verf. führt 6 Fälle seiner Beobachtung an, von denen bei drei der traumatische Ursprung sich nachweisen liess, während dies bei den anderen drei nicht der Fall war, die infolgedessen als „idiopathische" bezeichnet werden. Eine Verunstaltung der Nase als Folge eines Scheidewandabscesses hält Verf. für ein seltenes Vorkommen, das nur dann eintritt, wenn durch ein starkes Trauma die Cartilago quadrangularis auf das knöcherne Septum luxirt worden ist. FINDER.

35) **Scheier** (Berlin). **Einige Anomalien der Nebenhöhlen der Nase. (Several anomalies of the nasal accessory cavities.)** *Archives of Otology. Febr. 1902.*

Bearbeitung eines Aufsatzes des Verf. über dasselbe Thema aus Fränkel's Archiv. Ref. Centralbl. Bd. XIX. S. 65.

EMIL MAYER.

36) **Patel** (Lyon). **Abnorme Entwickelung der Stirnhöhlen und Siebbeinzellen. (Sinus frontaux et cellules éthmoidales anormalement dévellopés.)** *Société d. sciences médicales. Februar 1902.*

Das von P. demonstrirte Präparat zeigt erheblich erweiterte Stirnhöhlen, in welche jederseits eine hintere Siebbeinzelle hineinragt.

PAUL RAUGÉ.

37) **Vernieuwe. Ueber die Diagnose chronischer Sinusiten. (Du diagnostic des Sinusites chroniques.)** *Annales de la Soc. de Méd. de Gand. 1. Fascic. 1902.*

V. bespricht in der ärztlichen Gesellschaft von Gent im Anschluss an einen Bericht über seinen Besuch der Berliner Kliniken die Diagnose von Eiterungen der Nasennebenhöhlen und die Symptome, welche letztere vermuthen lassen.

1. Nasenpolypen.
2. Kakosmie.
3. Eiteransammlung im Nasenrachenraum unter der Form von trockenen übelriechenden Krusten.
4. Muschelhypertrophie (hauptsächlich am Kopf und hinteren Ende der unteren Muschel), polypöse Hypertrophie der Muscheln etc.
5. Vorhandensein gewisser anatomischer resp. anatomisch-pathologischer Eigenthümlichkeiten, wie starker Schleimhautvorsprung am Hiatus semilunaris, der Bulla ethmoidal., des Tubercul. septi etc.
6. Banale Symptome, wie immer wieder recidivirender Schnupfen; Ekzema und Impetigo unter der Nase, Rhagaden, Fissuren etc.
7. Fernsymptome; gefleckte Stimmbänder; Epistaxis etc.
8. Facialisneuralgien.

BAYER.

38) **Reichert** (Berlin). **Ueber eine neue Untersuchungsmethode der Oberkieferhöhle mittels des Antroskopes.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 18. 1902.*

Verf. empfiehlt das von ihm nach dem Princip des Nitze'schen Cystoskops construirte „Antroskop", welches er bei mehreren Fällen zur Untersuchung der vom Alveolarfortsatz aus eröffneten Kieferhöhle mit Erfolg verwandt hat.

ZARNIKO.

39) **John Mackie** (Nottingham). **Practische Gesichtspunkte in der Behandlung der Naseneiterung, besonders der Nebenhöhlen. (Practical points in the treatment of nasal suppuration especially of the accessory sinuses.)** *Journal of Laryngology. October 1901.*

Der Titel vorliegender Arbeit entspricht nicht ganz ihrem Inhalt; denn letzterer besteht im Wesentlichen aus statistischen Angaben über 70 Fälle von Nebenhöhlenerkrankungen. Mangels detaillirter Angaben des Verf. über seine Operationsmethoden sei darauf hingeweisen, dass er die erkrankten Partieen in

mehreren Sitzungen allmälig mit der Doppelcurette unter Aethyl-Chlorid-Narkose entfernt. Man wird zu der Annahme genöthigt, dass die Fortschritte in der Nebenhöhlenbehandlung nur gering zu veranschlagen sind, denn Verf. glaubt nicht, dass durch peinliche Berücksichtigung der Anatomie und ängstliches Bemühen um eine exacte Diagnose viel gewonnen wird. „Wenn wir uns die Lage der Orbita und des Gehirns immer vor Auge haltend nur dem Eiter nachgehen, so werden wir uns kaum der Gefahr irgend welchen unangenehmen Zufalles aussetzen.“

Die 70 Fälle werden folgendermaassen eingetheilt: Siebbeinzellen: Einseitig 19, doppelseitig 24; Highmorshöhle 11; Stirnhöhle 7; Keilbeinhöhle 9; mittlere Muschel 14; untere Muschel 6. Polypen fanden sich 31 mal, Ozaena 9 mal.

Es ist zu bedauern, dass es Verf. nicht der Mühe werth gehalten hat, mitzutheilen, von welchen anatomischen oder sonstigen Anleitungen er sich bei den Operationen der 9 Keilbeineiterungen hat führen lassen.

Die Fälle von Stirnhöhlenempyem waren alle mit Siebbeinzellenerkrankung complicirt; Verf. betont, dass es möglich ist, viele solche Fälle durch sorgfältige intranasale Behandlung zu heilen oder doch wenigstens den Ausfluss und die Kopfschmerzen auf ein Minimum zu reduciren und so einen entstellenden Eingriff von aussen zu vermeiden.

JAMES DONELAN.

40) **Reitter. Empyema antri Highmori und Peritonitis acuta.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 1. 1902.*

Mittheilung eines neuen Falles von Coincidenz von Nebenhöhleneiterung mit acuter Peritonitis.

SCHECH.

41) **Nemery. Das Empyem des Sinus maxillaris. (L'empyème du sinus maxillaire.)** *Archives Belges. Janvier 1902.*

Bericht über den heutigen Standpunkt der Diagnose und operativen Behandlung der Highmorshöhle, ohne etwas Neues in der Frage zu bringen.

BAYER.

42) **F. Frank Crouch. Zwei Fälle von einseitiger Taubheit infolge von Nebenhöhleneiterung durch Operation geheilt. (Two cases of unilateral deafness due to suppuration of accessory nasal sinuses cured by operation.)** *Journal Eye, Ear and Throat diseases. Januar-Februar 1902.*

Der Sitz der Krankheit war in dem einen Fall die Highmorshöhle, im andern die Keilbeinhöhle.

EMIL MAYER.

43) **Partsch** (Breslau). **Der dentale Ursprung des Empyema antri Highmori. (The dental origin of empyema of the antrum of Highmor.)** *Archiv of Otology. Februar 1902.*

Nach Ansicht des Verf.'s beeinflusst Zahncaries für sich allein die Schleimhaut der Oberkieferhöhle nicht.

EMIL MAYER.

44) **Strazza. Ueber einen interessanten Fall von chronischer Sinusitis maxillaris. (Sopra un caso interessante di sinusite masillare cronica.)** *Annali di Laringologia e Otologia. Februar 1902.*

Bei der Aufmeisselung der Höhle von der Fossa canina aus zeigte sich, dass der Knochen der vorderen Wand von einer ganz ungewöhnlichen Dicke war;

eine wirkliche Höhle existirte nur im oberen Theil. Was Verf. über die Vorzüge der Eröffnung von der Fossa canina uns sagt, bietet nichts Neues. FINDER.

45) **M. Hajek** (Wien). **Ueber die Radicaloperationen und ihre Indication bei chronischem Empyem der Kieferhöhle.** (Nach einem in der Wiener laryngologischen Gesellschaft am 5. December 1901 gehaltenen Vortrage.) *Wiener klin. Rundschau. No. 4. 1902.*

Nachdem H. die Grenzindicationen zwischen den mehr conservativen und den radicalen Methoden besprochen hat, nennt er als das Wesen einer Radicaloperation der Kieferhöhle: die ausgiebigste Freilegung des Krankheitsherdes mit Entfernung alles Pathologischen, was nur bei weiter Eröffnung der Fossa canina möglich ist. Deshalb gehören zur ersten Gruppe die Ausspülungen vom Ostium maxillare, die Punctionen vom unteren Nasengange, die Cooper'sche, Krause-sche und Küster'sche Operation, letztere mit einer kleinen Oeffnung in der Fossa canina. Zur zweiten Gruppe, den Radicaloperationen gehören die Methoden nach Jansen und Boenninghaus, sowie die jetzt nach Luc-Caldwell bezeichnete Methode, von welch' letzterer sich eine vom Autor geübte nur dadurch unterscheidet, dass Hajek erstens nur die sichtbar veränderten Schleimhautpartien entfernt und zweitens bei der Nachbehandlung die Ausspülung fast vollständig unterlässt. Die kleinen Differenzen z. B. in der Art der Resection der nasalen Wand bespricht der Autor nun in der ausführlichen Schilderung der von ihm geübten Operation. CHIARI.

46) a) **Gerber** (Königsberg i/Pr.). **Meine Operationsmethode der chronischen Kieferhöhlenempyeme.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 27. 1902.*

47) b) **Luc** (Paris). **Zur Frage der radicalen Behandlung der chronischen Kieferhöhlenempyeme.** *Ibid. No. 45.*

48) c) **Gerber** (Königsberg i/Pr.). **Antwort darauf.** *Ibid.*

Das Verfahren Gerber's (a) (breite Eröffnung der Kieferhöhle von der Fossa canina aus, totale Ausräumung, Resection der nasalen Kieferhöhlenwand im mittleren Nasengange von der eröffneten Höhle aus, Drainage dieser Oeffnung und Schleimhautnaht in der Fossa canina) ist von G.'s Assistenten, Alsen, im Archiv für Laryngologie, 12, ausführlich beschrieben. — Luc (b) nimmt für sich die Priorität in Anspruch, was Gerber (c) bestreitet. ZARNIKO.

49) **J. H. Philip. Die X-Strahlen zur Bestimmung der Grenzen der Stirnhöhle. (The X-Ray in determining the limits of the frontal sinus.)** *Journal of the American Medical Association. 22. März 1902.*

Verf. erinnert an das bisweilen vorkommende Fehlen der Stirnhöhle und die dadurch bedingte Möglichkeit, bei Operationen die Dura mater zu verletzen. Es ist daher vor jedem operativen Eingriff mit Hülfe der X-Strahlen das Vorhandensein und die Ausdehnung der Stirnhöhle zu bestimmen. Er berichtet von einem Fall, in dem er sich dieses Verfahrens mit Vortheil bedient hat. EMIL MAYER.

50) **George E. Shambaugh. Die Diagnose des latenten Stirnhöhlen-Empyems. (The diagnosis of latent frontal sinusitis.)** *American Journal Med. Sciences. März 1902.*

Verf. giebt eine gute klinische Darstellung der für die Diagnose der Stirnhöhleneiterungen gewöhnlich angewandten Methoden.

A. LOGAN TURNER.

51) **Gallemaerts. Sinusitis frontalis mit vollständiger Obliteration des Canalis nasofrontalis.** *La Policlinique. No. 10. 1902.*

54jährige Frau; Beginn der Affection vor 5 Jahren mit heftigen linksseitigen Stirnschmerzen und Abscessbildung am oberen Augenlid. Incision mit relativer Heilung; beständige Recidive, bis sich schliesslich ein Ektropion des oberen Augenlides bildet.

Die rhinoskopische Untersuchung lässt nur eine Rhinitis atrophicans auffinden.

Operation nach Kuhnt durch Hicquet, zumal während derselben eine Obliteration des Stirnnasencanals in Folge von Hypertrophie seiner Wände erkannt wird. Resection der vorderen Sinuswand, Ausräumung der ganzen Stirnhöhle, Entfernung des Orbitalrandes und Glattmachen der ganzen Fläche durch Entfernung aller Knochenvorsprünge. Heilung nach 8 Tagen mit günstigem plastischem Resultat.

BAYER.

52) **Gallemaerts. Traumatische Sinusitis frontalis. (Sinusite frontale traumatique.)** *La Policlinique. No. 19. 1902.*

35jährige Frau hatte einen Schlag auf die Stirn bekommen mit einem Stein; in Folge dessen langdauernde Syncope, mit abundanter Blutung, Emphysem des Augenlids etc. Als G. sie zu Gesicht bekam, constatirte er am Kopfende der Augenbraue eine fistulöse Oeffnung, durch welche man mit der Sonde in die Höhle des Sin. frontal. eindringen kann, aus welcher sich reichlicher Eiter entleert.

Die Operation nach Kuhnt führt eine definitive Heilung herbei mit Obliteration der Höhle des Sinus. Es wird kein Versuch mit der Drainage in die Nase hineingemacht, sondern einfach nach aussen drainirt und der Drain möglichst rasch entfernt. Auf diese Weise legt sich die Haut regelmässig an die innere Wand an, verlöthet sich mit derselben und der Sinus ist beseitigt.

BAYER.

53) **De Neef. Behandlung des Sinus frontalis. (Traitement de l'empyème frontal.)** *Archives Méd. Belges. Mars 1902.*

Der Autor bespricht die beiden Wege, welche man zur Beseitigung des Empyems des Sinus frontalis einschlagen kann. 1. Den natürlichen Weg, von der Nasenhöhle aus durch den Canal. frontonasal. und 2. den künstlichen, durch die vordere, unter der Haut gelegene Wand des Sinus. Nichts Neues.

BAYER.

54) **George L. Richards. Empyem der Stirnhöhle; einige Beobachtungen über seine Behandlung. (Empyema of the frontal sinus; some observations on its treatment.)** *American Journal Medical Sciences. März 1902.*

Nach einem kurzen Ueberblick über die anatomischen Verhältnisse der Stirnhöhle giebt Verf. eine detaillirte, jedoch jedes specialistischen Interesses ent-

lehrende Schilderung seiner eigenen klinischen Erfahrungen über das Empyem dieser Höhlen.

A. LOGAN TURNER.

55) **Jonathan Wright. Ein Fall von isolirtem einseitigem latenten Keilbeinhöhlenempyem mit Delirien und psychischen Symptomen. Operation. Heilung. (A case of isolated unilateral latent Empyoma of the sphenoidal sinus with delirium and mental symptoms. Operation. Recovery.** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Februar 1902.*

Auf die richtige Diagnose leiteten in diesem Fall besonders die eigenthümlichen bohrenden, hauptsächlich in die Scheitelgegend localisirten und von dort nach anderen Richtungen ausstrahlenden Schmerzen, die, da der Druck des in der Höhle zurückgehaltenen Secretes ein intermittirender ist, gleichfalls nicht continuirlich zu sein brauchen.

EMIL MAYER.

56) **Halle** (Berlin). **Acutes Empyem der Keilbeinhöhle. Grosse Zerstörungen im Knochen. Meningitis. Tod.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 21. 1902.*

Demonstration des Präparates in der Berliner medicinischen Gesellschaft. In einem Schläfenbein desselben Pat. fanden sich analoge Veränderungen.

ZARNIKO.

57) **J. Guisez. Eröffnung der Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle auf dem orbitalem Wege. (Trépanation des cellules éthmoidales et du sinus sphénoidal par la voie orbitaire.)** *Société anatomique. 24. Januar 1902.*

Nach verschiedenen Operationen und auf Grund anatomischer Untersuchungen ist Verf. zu folgenden Ergebnissen gelangt:

Eine Erkrankung der Siebbeinzellen mag isolirt oder mit Empyem anderer Höhlen verbunden sein, stets bildet der orbitale Weg den besten Zugang für die Operation.

Es empfiehlt sich folgender Operationsmodus:

a) Es wird längs des inneren Orbitalrandes ein Einschnitt gemacht und dieser nach aussen und unten bis zum inneren Drittel des unteren Orbitalrandes verlängert.

b) Der Augapfel wird etwas nach aussen gerollt, wobei man Verletzungen der Trochlea und des Thränensackes auf's Sorgfältigste vermeiden muss.

c) Das Thränenbein und ein Stück des aufsteigenden Oberkieferastes werden resecirt.

d) Die Siebbeinzellen werden ausgekrazt, wobei darauf zu achten ist, dass die Curette fast horizontal gehalten wird.

e) Man kann auf demselben Wege auch mit Leichtigkeit die Keilbeinhöhle eröffnen.

f) Sodann wird eine breite Gegenöffnung in der Nase angelegt und schliesslich die äussere Wunde durch Naht geschlossen.

Verf. zieht diese Operationsmethode derjenigen von der Nase aus vor, weil er diese für gefährlich hält und sie nur dann für ausreichend erachtet, wenn die Erkrankung sich nur auf einige Zellen beschränkt.

Sie soll auch angewandt werden, wenn neben der Siebbeinerkrankung ein Stirn- oder Kieferhöhlenempyem besteht. PAUL RAUGÉ.

58) **Coppez. Fall von Sinusitis ethmoidalis. (Un cas de sinusite éthmoidale.)** *La Presse Méd. Belge. No. 25. 1902.*

Deviation des Augapfels nach den Schläfen hin mit leichter Propulsion: Chemosis. Linker Opticus verschleiert. Die Durchleuchtung des Sin. maxill. und Sin. frontal. liess dieselben dunkel erscheinen; aber trotzdem werden dieselben bei der Operation als gesund befunden, dagegen wurde ein 1 cm grosser Knochensequester des Siebbeins als definitive Ursache der Eiterung erkannt und entfernt.

BAYER.

c. Mundrachenhöhle.

59) **J. L. Goodale. Eine histologische Studie über die Proliferation und Phagocytose der Gaumenmandeln. (A histological study of the proliferation and phagocytose of the faucial Tonsils.)** *Laryngoscope. April 1902.*

Bei einfacher Hyperplasie war die auffallendste Veränderung eine erhebliche Zunahme in der Zahl der Endothelzellen. Am zahlreichsten waren die endothelialen Phagocyten in der Nähe des Centrums eines jeden Follikels. Das die Capillaren und Blutgefässe umkleidende Endothel zeigte keine auffallende Proliferation, wodurch ein Unterscheidungsmerkmal gegenüber der acuten Entzündung gegeben ist. In den atrophischen Tonsillen war die Zahl der Follikel verringert; die in der Nähe der Krypten gelegenen waren am grössten und zeigten eine ausgesprochenere Endothelwucherung, als die von ihnen entfernteren. Bei acuter infectiöser Tonsillitis zeigte sich das Follikelcentrum verbreitert in Folge von Proliferation der Endothel- und Lymphzellen. In Schnitten von Tonsillen, in deren Krypten Chromsäure gebracht war, fand sich in unmittelbarer Nachbarschaft der letzteren eine nekrotische Zone und unterhalb dieser eine ausgesprochene Proliferation der Endothelzellen des Reticulum mit Bildung von mononucleären endothelialen Phagocyten.

EMIL MAYER.

60) **Hans Töpfer. Ueber Muskeln und Knorpel in den Tonsillen.** *Diss. med. Leipzig 1902. 32 Ss.*

Dem Referenten nicht zugänglich. I. KATZENSTEIN.

61) **Francke H. Bosworth. Sind die Tonsillen als normales physiologisches Organ des Körpers zu betrachten? (Are the tonsils to be regarded as normal physiological organs of the body?)** *N. Y. Medical Record. 11. Januar 1902.*

Interessante, jedoch nichts Neues enthaltende Arbeit. LEFFERTS.

62) **J. L. Goodale** (Boston). **Retrograde Veränderungen der Gaumentonsillen.** (Uebersetzt von E. Fred. Baur.) *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XII. H. 3. S. 399. 1902.*

Verf. studirt die retrograden Veränderungen an Tonsillen, die von Personen im Alter von 50—65 Jahren entnommen sind, und constatirt dabei folgendes: die

retrograde Metamorphose in den Pharyngealtonsillen beginnt in den Gebieten, wo das Bindegewebe ursprünglich vorherrschte, nämlich in den Trabekeln und in den Fasern der Kapsel. Sie kann entweder längs den Trabekeln in Form eines unregelmässig vertheilten sklerotischen Processes vorkommen oder in einer mehr homogenen und symmetrischen Weise von der Basis des Organs nach der Schleimhaut der freien Oberfläche desselben. In den sklerotischen Gegenden zeigen die endothelialen Zellen des Reticulum weniger Proliferation und werden geringer an Zahl. Später verschwinden diejenigen, welche das Keimcentrum der Follikel bilden, gänzlich, und es bleibt, um den Follikel zu repräsentiren, ein blosser Haufen von Lymphoidzellen übrig, welche sich, fortschreitend an Zahl, vermindern, bis endlich der frühere Sitz der Follikel gänzlich von Bindegewebe eingenommen ist, in welchem Fett abgelagert werden kann. Die Follikel, welche von den Krypten am meisten entfernt sind, erleiden die grösste Atrophie, während die den Krypten am nächsten gelegenen, besonders diejenigen ganz nahe dem Orificium der letzteren, ihre Functionen dem entsprechend am längsten bewahren. F. KLEMPERER.

63) **Hans Ritter** (Salzbrunn). **Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Gaumenmandeln.** *Fränkel's Archiv für Laryngologie. Bd. XIII. H. 1. S. 121. 1902.*

Verf. hat zahlreiche Mandeln bei der Section im ganzen mit ihrer Bindegewebskapsel entfernt, gehärtet und geschnitten, um über das Vorkommen und die Lage der Mandelabscesse Aufschluss zu gewinnen. Er fand nur die sogen. intratonsillären Abscesse, die man wegen ihres Inhalts und auf Grund der Wandauskleidung mit Epithel als Retentionscysten ansprechen muss, aber keinen einzigen wirklichen, mit pyogener Bindegewebsmembran ausgekleideten Abscess. Die nicht mit der Oberfläche communicirenden Cysten näherten sich fast ausnahmslos der Kugelgestalt, während die mit der Oberfläche communicirenden, die man also als einfache Mandelpfröpfe auffassen muss, sehr variable Gestaltung zeigten. Die Cysten liegen in allen Schichten des Mandelgewebes von dicht unter der Oberfläche bis in die Tiefe. Es scheint, dass sie langsam wachsen und nur geringe Reaction in der Nachbarschaft hervorrufen; durchbrechen sie aber erst die Kapsel nach hinten, so geben sie zu den stürmischen Erscheinungen des peritonsillären Abscesses Anlass. F. KLEMPERER.

64) **George B. Word. Die Pathogenese der lacunären Keratose der Tonsillen. (The pathogenesis of lacunar Keratosis of the Tonsil.)** *University of Pennsylvania Medical Bulletin. Januar 1902.*

Keratose kann sich in jeder Tonsille entwickeln, besonders da, wo die Lakunen mit Pflasterepithel ausgekleidet sind. In der Rachentonsille kann die Keratose erst entstehen, nachdem eine Umwandlung des Cylinderepithels der Lakunen in Plattenepithel vor sich gegangen ist, wie solches häufig vorkommt. An einem Präparat fand W. als Ausgangspunkt für die Keratose eine eigenthümliche concentrische Anordnung der Pflasterepithelzellen, die an die Perlbildung bei Carcinom erinnerte.

Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die sogenannte Pharyngomycosis ist eine wirkliche Keratose des die Tonsillarkrypten auskleidenden Epithels.

2. Der Leptothrix buccalis, der Bacillus buccalis maximus und ähnliche Mikroorganismen haben für die Keratose keine ätiologische Bedeutung, sondern spielen nur die Rolle von Saprophyten.

3. Die Affection ist wahrscheinlich die Folge einer mässigen Entzündung des Tonsillarparenchyms, durch welche ein Wachsthumsreiz auf das normale Epithel der Lakunen ausgeübt wird.

EMIL MAYER.

65) Richmond Mc Kinney. **Pathologische Tonsillen; nebst einigen Betrachtungen über ihre Behandlung. (Pathological tonsils, with some consideration of treatment.)** *Memphis Medical Monthly. Juni 1902.*

Verf. räth, um das häufige Wiederkehren folliculärer Anginen zu verhüten, die Tonsillen zu exprimiren, Schnitte von Lakune zu Lakune zu machen, mit Jod zu pinseln oder den Galvanokauter anzuwenden.

EMIL MAYER.

66) E. Moreno Melgar (Madrid). **Beitrag zum Studium der chronischen Amygdalitiden. (Contribucion al estudio de las amygdalitis cronicas.)** *Revist. Ibero-Americ. de Cienc. Medic. Junio 1902.*

Im Anschluss an 22 vom Verf. beobachtete Fälle von chronischer Mandelentzündung zieht er 9 verschiedene Schlussfolgerungen hinsichtlich ihrer Aetiologie, Symptomatologie und Pathologie. Die Arbeit bietet viel Interessantes.

R. BOTEY.

67) Gasparini. **Intermittirende Angina? (Angina intermittente?)** *Gazzett. degli ospedali e delle cliniche No. 132. 1902.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf eine Form der Mandelentzündung, die — wie eine Febris intermittens — in regelmässigen Intervallen auftritt, ihre Ursache in einer Malariainfection hat und als eine der mannigfachen Manifestationen der Malaria aufzufassen ist. Der vom Verf. mitgetheilte Fall ist wenig geeignet, das Vorkommen einer solchen intermittirenden Angina zu illustriren, da der natürliche Verlauf der Krankheit durch ziemlich hohe Antipyringaben beeinflusst ist; auch dass eine Angina unter Chiningebrauch zurückgeht, kann unmöglich als ein Beweis für ihre Malarianatur angeführt werden.

FINDER.

68) Krebs (Hildesheim). **Ein Fall von Pharynxgangrän (Angina Vincenti?) mit chronischem Verlauf; Heilung nach operativer Therapie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 17. 1902.*

40 jähr. Pat., an Empyem der linken Kieferhöhle operirt, zeigt im Anschluss an „Influenza" ein Ulcus der linken Tonsille, das schnell wächst, sich mit stinkenden missfarbigen, festanhaftenden Borken belegt. Der angrenzende hintere Gaumenbogen ebenfalls ulcerirt, submaxilläre Lymphdrüsen über apfelgross geschwollen. Kein Fieber. Gutes Allgemeinbefinden. Probeexcision. Mikroskopische Untersuchung: keine Anzeichen für Syphilis, Tuberculose oder malignes Neoplasma. Danach wird das inzwischen in grossen Dosen gereichte Jodkali ausgesetzt. Nach

weiteren 6 Wochen operative Beseitigung der inzwischen knollig hypertrophirten und daneben ulcerirten Tonsille. Heilung. Verf. hält es für möglich, dass es sich um eine „Vincent'sche Angina" gehandelt hat (cf. dieses Centralblatt 1899. S. 234).

ZARNIKO.

69) **Emile Mayer. Erkrankungen des Mundes und Halses mit Befund von Bacillus fusiformis und Spirillum Vincentii. (Affections of the mouth and throat associated with the fusiform bacillus and spirillum of Vincent.)** *American Journal Medical Sciences. Februar 1902.*

Der erste in Amerika publicirte Fall dieser Erkrankung. Als der Patient in Beobachtung kam, waren erst beide Tonsillen erkrankt, in der Folge bekleidete sich auch die Uvula und das Zahnfleisch des Ober- und Unterkiefers mit den weissen Membranen, in denen der Bacillus fusiformis und der Spirillus gefunden wurden.

A. LOGAN TURNER.

70) **Lämmerhirt** (Leipzig). **Zur Casuistik der Angina Vincenti sc. diphtheroides.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 25. 1902.*

Ein Fall dieser seltenen Erkrankung, der in 20 Tagen abheilte. Im Abstrichpräparat der nekrotischen Partien: Bacillus fusiformis und Spirillen. Keine Diphtheriebacillen.

ZARNIKO.

71) **Baron** (Dresden). **Zur Kenntniss der Angina exsudativa ulcerosa (Angina Vincentii s. Angina diphtheroides.)** *Arch. f. Kinderheilkde. 35. Bd. 3. u. 4. H. 1902.*

Im Findelhause zu Dresden wurden vom 1. April 1899 bis Ende Mai 1902 38 Fälle von exsudativen Halsentzündungen nicht diphtherischer Natur, die als ulceröse oder nekrotische charakterisirt waren, beobachtet. Bei solchen Fällen fand B. fast immer den Bacillus fusiformis und eine Spirochaete, von denen aber noch nicht mit Sicherheit zu entscheiden ist, ob sie mit der Ang. exsud. ulcerosa in einem ursächlichen Zusammenhang stehen. Die Erkrankung ist zweifellos ansteckend und wird durch therapeutische Maassnahmen wenig beeinflusst.

SEIFERT.

72) **Simonin** (Paris). **Die Beziehungen der Symbiose von Bacillus fusiformis und Spirillus zu den gewöhnlichen Anginen, Scharlach, Diphtherie und Skorbut. (Les rapports de la symbiose fuso-spirillaire.)** *Société médicale des hôpitaux. 14. März 1902.*

S. weist nach, dass der B. fusiformis und der Spirillus Vincenti sich bei einer Anzahl von Infectionskrankheiten vorfinden, denen die Mitbetheiligung des Epithels der Mund- und Rachenhöhle gemeinsam ist. Ihre Anwesenheit bringt die für sie charakteristischen pseudomembranösen und ulcerösen Schleimhautläsionen mit sich. Bei der Diphtherie können sie anfangs — zum grossen Schaden für die Serotherapie — den Löffler'schen Bacillus verdecken.

Beim Skorbut hat Babes 1893 in dem ulcerirten Zahnfleisch Mikroben nachgewiesen, die völlig identisch sind mit dem B. fusiformis und dem Spirillus. Ebenso finden sie sich bei den gangränösen Pharynxaffectionen im Beginn des

Scharlach und den Ulcerationen im Isthmus faucium, die bisweilen eine Folgeerscheinung dieser Infektionskrankheit bilden. Aus all dem geht hervor, dass das symbiotische Vorkommen von B. fusiformis und Spirillus Vincent nicht charakteristisch ist für die nach diesem Autor benannte Angina, sondern sich auch im Verlaufe verschiedener Infektionskrankheiten findet. Sie öffnen dann den Erregern septischer Frkrankungen, vor allen den Streptokokken den Weg.

PAUL RAUGÉ.

73) **H. Vincent** (Paris). **Angina, hervorgerufen durch den „Bacillus megaterium“. (Angine due au „bacillus megaterium“.)** *Presse médicale. 26. Juli 1902.*

Bericht über einen Fall von acuter Angina mit weiss-gelbem Belag, der fast ausschliesslich aus grossen Stäbchen mit abgerundeten Enden bestand, die sich nach Gram färbten. Culturversuche auf verschiedenen Nährböden ergaben einen Mikroorganismus, der seinem morphologischen und culturellen Verhalten nach identisch war mit dem B. megaterium.

Dieser Fall scheint der erste derartige zu sein, der beobachtet worden ist; er beweist, dass neben den gewöhnlichen Erregern der Angina auch ein Bacterium diese Rolle übernehmen kann, das bisher zu den reinen Saprophyten gerechnet wurde. Ein Beweis mehr dafür, dass keine scharfe Grenze zwischen pathogenen und nicht pathogenen Mikroorganismen besteht. Schon vor einigen Jahren hat V. Versuche angestellt, durch welche der B. megaterium in einen für Mäuse und Kaninchen sehr virulenten Mikroorganismus umgewandelt wurde. (Cf. Annales de l'Institut Pasteur. Decbr. 1898.)

PAUL RAUGÉ.

74) **G. Carrière. Ueber einige Fälle von Tetragenus-Anginen. (Sur quelques cas d'angines à tetragènes.)** *Revue de médecine. Juni 1902.*

Dieulafoy hatte bereits darauf aufmerksam gemacht, dass Tetragenus-Anginen secundär bei Pleuritiden vorkommen können. Verf. hat 7 Fälle von primären derartigen Anginen beobachtet. Der Micrococcus tetragenus, ein ständiger Bewohner der normalen Mundhöhle, kann unter Umständen Erreger einer epidemisch auftretenden Angina werden, die besonders bei schwächlichen, skrophulösen und rachitischen Kindern auftritt. Die Krankheit setzt gewöhnlich brüsk ein mit Fieber, Drüsenanschwellung, Dysphagie und Status gastricus; ihr Verlauf ist ein sehr rapider, schon nach 3 Tagen klingen die Allgemeinerscheinungen ab und lässt das Fieber nach. Die Untersuchung des Rachens ergiebt in dem einen Fall eine sehr lebhafte gleichmässige Röthung der Schleimhaut und Schwellung der Mandeln; in dem andern kommt es zur Bildung von Pseudomembranen. Verf. unterscheidet danach zwei Typen der Erkrankung: „Type érythémato-pultacé“ und „Type diphtéroide-pultacé“. Die Schwellung der Mandeln und der submaxillaren Drüsen bleibt noch lange Zeit nach Heilung der Angina bestehen. Infolge des Zugrundegehens rother Blutkörperchen entsteht oft eine sehr ausgesprochene Anämie. Trotzdem bleibt die Prognose stets gut. Die Behandlung beschränkt sich auf Spülungen mit einer 1 proc. Lösung von Natr. carbon. und Wasserstoffsuperoxyd. Eine Desinfection der Nasenhöhle wurde angestrebt durch täglich vier Mal wiederholte Einträufelungen von 2 proc. Mentholöl.

PAUL RAUGÉ.

75) **Bendix** und **Bickel** (Göttingen). **Zur Aetiologie der Angina typhosa.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 23. 1902.*

Die Entscheidung der Frage, ob die beim Abdominaltyphus zuweilen auftretende Angina specifischer Natur, d. h. durch den Typhusbacillus bewirkt ist, kann nur durch die bakteriologische Untersuchung getroffen werden. Die Verf. schildern einen einschlägigen Fall: Am 13. Krankheitstage Halsschmerzen, Athembeschwerden. An beiden vorderen Gaumenbögen grauweisse Beläge mit gerötheter Umgebung, ebenso an der Zungenseite des Kehldeckels.

Nach Aussaat von Theilchen dieser Beläge auf Culturböden wuchsen Typhusbacillen. Die Affection heilte unter sorgfältiger Mundpflege in 11 Tagen von selbst ab.

ZARNIKO.

76) **Robert Fullerton. Primäre Gangrän der Tonsillen. (Primary gangrene of the tonsils.)** *Lancet. 7. Juni 1902.*

Bericht über zwei Fälle. Der erste Fall setzte mit allen Symptomen einer acuten Tonsillitis ein; sodann bildete sich auf den Tonsillen und der Oberlippe ein gangränöser Schorf, der Patient litt grosse Schmerzen und fühlt sich schwerkrank. In 4 Wochen trat Heilung ein. Es wurde innerlich Eisen gegeben und local 5 proc. Carbolsäure applicirt.

A. BRONNER.

77) **L. Arsimoles. Die peritonsillären Abscesse; Untersuchungen über ihren anatomischen Sitz. (Des abscès peri-amygdaliens; recherches sur leur siège anatomique.)** *Thèse de Toulouse. 1902.*

Die Fossa supratonsillaris seu recessus palatinus ist ein Divertikel der Mandelbucht, das meist — modificirt durch die Entwickelung des adenoiden Gewebes — beim Erwachsenen persistirt. Die Verschiedenheit ihrer Gestaltung hängt ab von der Plica triangularis und dem lockeren und festeren Gefüge des Mandelgewebes. Der Sitz der peritonsillären Abscesse ist meist im Spatium prae-styloideum, dem vorderen Theil des Spatium pharyngo-maxillare. Ausnahmsweise kann, wenn der Recessus palatinus eine tiefe Tasche im Gaumensegel bildet, hier der Sitz des Abscesses sein. Die Incision ein Centimeter nach aussen vom inneren Rand des vorderen Gaumenbogens im Niveau seines oberen Drittels ist das sicherste Verfahren zur Eröffnung des Abscesses. Verf. veröffentlicht 40 Beobachtungen, die z. Th. aus der Klinik von Escat stammen.

A. CARTAZ.

78) **Henry J. Hartz. Tonsilläre und peritonsilläre Eiterung. (Tonsillar and peritonsillar suppuration.)** *American Medicine. 19. April 1902.*

Die Verlegung der Oeffnung der Fossa supratonsillaris und der Orificien der Tonsillarkrypten prädisponirt zu peritonsillären Eiterungen. Chronische latente Tonsillarabscesse können Veranlassung geben zur Entstehung einer allgemeinen Infection, z. B. Pneumonie, Pleuritis, Pyämie oder Septicämie. Ein auf einer Tonsillitis folgender Gelenkrheumatismus ist aufzufassen als ein Eiterprocess, hervorgerufen durch Verbreitung von Kokken auf dem Blut- und Lymphwege.

EMIL MAYER.

79) T. Wyle. **Peritonsilläre Eiterung. (Peritonsillar suppuration.)** *N. Y. Medical Record. 12. Juli 1902.*

Verf. macht die Incisionsstelle anästhetisch durch Aufpinseln eines Gemisches von gleichen Theilen Carbolsäure, Cocain und Menthol, dem einige Tropfen Alkohol hinzugefügt sind.

LEFFERTS.

80) A. Lyons. **Tod infolge Berstens eines Tonsillarabscesses. (Death from the bursting of a Tonsillar Abscess.)** *Lancet. 2. September 1902.*

Ein 23jähriger Mann, der an Peritonsillitis erkrankt war, bekam einen Hustenanfall, wurde cyanotisch und starb innerhalb 5 Minuten. Der Abscess war geplatzt und man fand den oberen Theil des Larynx voller Eiter.

A. BRONNER.

81) Forchheimer. **Einige durch Tonsillarinfection entstehende entfernte Krankheiten. (Some remote diseases arising from tonsillar infection.)** *N. Y. Medical News. 19. Juli 1902.*

Verf. erörtert zunächst die Frage, ob die Annahme, dass bisweilen die Tonsillen die Eingangspforte für die verschiedensten Infectionsträger darstellen, gerechtfertigt sei und berichtet sodann über 2 Fälle, in denen sich unmittelbar an eine Tonsillitis eine Perityphlitis anschloss, ferner über 5 Fälle von Icterus nach Tonsillitis. In jedem dieser letzteren Fälle trat der Icterus innerhalb 10 Tagen nach der Halsaffection auf.

LEFFERTS.

82) Hans Weber. **Zur Kritik der Beziehungen der Angina tonsillaris zur Entzündung des Wurmfortsatzes.** *Münch. med. Wochenschr. No. 52. 1902.*

Von Goluboff wurde behauptet, die Appendicitis sei in der Mehrzahl der Fälle eine Infectionskrankheit sui generis, die dem Proc. vermiformis in demselben Grade eigenthümlich sei, wie die Angina follicularis den Tonsillen, die Dysenterie dem Dickdarm; viele andere haben Appendicitis im Verlaufe oder im Gefolge acuter Infectionskrankheiten gesehen und glauben deshalb an eine Verschleppung des Giftes in den Darm. Kelynack war der Erste, welcher eine Appendicitis mit Angina in Zusammenhang brachte, weitere Fälle der Art werden von Brazel, Sutherland, Routier, Apolant, Adrian, Kretz, Schnitzler, Rudolph mitgetheilt. Weber veröffentlicht nun selbst drei Fälle; bei dem ersten trat 2 Tage nach Ablauf einer Angina, bei dem zweiten Falle bei noch bestehender Entzündung der oberen Luftwege eine Appendicitis auf, während der dritte Fall beim Eintritt in die Klinik gleichzeitig Angina und Wurmfortsatzentzündung aufwies. W. glaubt daher, dass vom ursprünglichen Infectionsherde Bacillen in den Darm verschleppt werden; ob die Infection durch Verschlucken virulenten Bakterienmateriales oder auf dem Wege des Lymphstromes zu Stande kommt, ist noch nicht zu entscheiden.

SCHECH.

83) E. O. Sisson. **Die Hypertrophie der Gaumentonsillen. (The hypertrophied faucial tonsil.)** *American Medicine. 26. April 1902.*

Verf. berücksichtigt besonders die Form der hypertrophischen Tonsillen, die nicht über die Gaumenbögen hervorragen und sich der Besichtigung bei blosser Inspection des Rachens entziehen. In einigen Fällen liegt dies an einer Verbreite-

rung der Gaumenbögen, in anderen wird die Tonsille verdeckt durch die Plica triangularis, die sich abnorm nach unten erstreckt. In histologischer Beziehung zeichnen sich diese Tonsillarhypertrophien aus durch das Ueberwiegen der fibrösen Formen.

EMIL MAYER.

84) **Louis T. Lautenbach. Entfernung der Tonsillen. (Removal of the tonsil.)** *N. Y. Medical News. 27. September 1902.*

Die Abtragung der Tonsillen soll eine möglichst gründliche sein. Verf. cauterisirt nach Anwendung des Tonsillotoms den Stumpf und glättet eventuell die Wunde mittels der Scheere.

LEFFERTS.

85) **F. March. Tonsillotomie. (Tonsillotomy.)** *N. Y. Medical Record. 22. November 1902.*

Tonsillotomie ist nothwendig, wenn die Hypertrophie so gross ist, dass sie ein mechanisches Hinderniss abgiebt, wenn die Tonsillen oft Sitz von Entzündungen sind, wenn ihre Krypten die Neigung haben, sich mit käsigen Pfröpfen zu verstopfen, wenn sie der wahrscheinliche Ausgangspunkt für einen Reflexhusten sind; rathsam ist die Tonsillotomie, auch wenn die Hypertrophie nicht so ausgesprochen ist, sobald die Entfernung der adenoiden Vegetationen angezeigt ist.

LEFFERTS.

86) **E. Escat** (Toulouse). **Behandlung der chirurgischen Blutung der Tonsillen. (Traitement de l'hémorrhagie chirurgicale de l'amygdale.)** *Presse médicale. 30. August 1902.*

Verf. ist zu dieser ausführlichen Arbeit angeregt worden durch einen selbst erlebten Fall von schwerer tonsillärer Blutung, den er (Mai 1902) der französischen Gesellschaft für Laryngologie mitgetheilt hat.

Zunächst giebt er an, wie man am leichtesten derartige Blutungen vermeidet. Die grösste Garantie bietet die Anwendung der galvanokaustischen Schlinge; auch empfiehlt sich das Morcellement der Tonsillen mit nicht schneidenden Zangen nach dem Ruault'schen Modell.

Für die Behandlung führt Verf. zunächst die gewöhnlichen hämostyptischen Mittel an, als da sind: kaltes Wasser, Eispillen, Gelatinelösung, Wasserstoffsuperoxyd, Ferropyrin, Adrenalinlösung u. s. w. Bisweilen hat bei arterieller Blutung die Cauterisation mit Höllenstein in Substanz oder dem galvanokausti-Brenner Erfolg. Die Unterbindung einer kleinen Arterie, selbst wenn man sie deutlich sieht, ist bisweilen sehr schwierig; dasselbe gilt wegen der Brüchigkeit des Gewebes von der Unterbindung des Tonsillenstumpfes. Die Compression ist für die seltenen Fälle, in denen sie lange genug ausgeübt werden kann, entschieden das beste Mittel. Das rationellste Verfahren besteht jedoch ohne Frage in der Abklemmung der Gaumenbögen mit einer starken Museux'schen Zange, oder sogar — wie es Baum und Heermann (Essen) empfohlen haben, in ihrer Naht; mittels des letzteren Verfahrens hat Verf. auch in dem oben erwähnten Fall der Blutung Herr werden können. Der nach der Sutur in den durch die zusammengenähten Gaumenbögen eingeführten Wattetampon liess er nicht, wie Heermann, 4 Tage, sondern nur 24 Stunden liegen.

Nur wenn dieses Mittel fehlschlägt, ist man berechtigt, zur Ligatur der Carotis zu schreiten oder zur Tamponade des Pharynx, die das Ultimum refugium bildet und der die Tracheotomie und das Einlegen einer Dauersonde in den Oesophagus vorausgehen muss.

PAUL RAUGÉ.

87) **Heermann** (Essen). **Zur Blutstillung nach Tonsillotomie.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XII. S. 467. 1902.*

In einem Falle von anhaltender Blutung nach Tonsillotomie bei einem 46 jährigen Patienten erzielte H. sofortiges Stehen derselben durch Anlegung zweier Nähte, welche die beiden Gaumenbögen fest zusammenknüpften. Die Nadel wurde mit der Heymann'schen Löffelzange von hinten durch den hinteren Gaumenbogen geführt, dann durch den vorderen; der Seidenfaden wurde ausserhalb des Mundes geknotet und in der Weise zugezogen, dass das eine Ende des Fadens mit der Zange erfasst, hinten im Pharynx festgehalten und nun das andere kräftig angezogen wurde. Die Nähte wurden nach 4 Tagen entfernt.

Verf. bringt in Vorschlag, nach jeder Tonsillotomie, sofern die Patienten ein bestimmtes Alter überschritten haben, weit vom Arzt entfernt wohnen, und es sich um zarte Tonsillen handelt, die oben beschriebene Naht prophylaktisch anzulegen.

F. KLEMPERER.

88) **H. A. Leipziger. Blutung nach Tonsillotomie. (Hemorrhage after Tonsillotomy.)** *Medical Fortnigthly. 10. September 1902.*

Verf. findet, dass an die Tonsillotomie in Hinsicht auf die Gefahr einer Blutung im Allgemeinen unter viel zu geringen Cautelen herangegangen wird. Er glaubt, dass tödtliche Fälle öfter vorkommen, als man annimmt. Auf Grund physiologischer Erwägungen empfiehlt er, im Fall einer Blutung, durch subcutane Morphiuminjectionen einen Einfluss auf die Vasomotoren auszuüben und so zur Blutstillung beizutragen.

EMIL MAYER.

89) **W. Stuart Low. Das anatomische Tonsillotom. (The anatomical Tonsillotome.)** *Lancet. 5. Juli 1902.*

Beschreibung nebst Abbildung.

A. BRONNER.

d. Diphtherie und Croup.

90) **Malvoz. Die Diphtheritis in Paris und die ärztliche Schulinspection nach Netter. (La Diphtérie à Paris et l'inspection médicale des écoles d'après Netter.)** *Annales de la Société Méd. Chir. de Liège. No. 5. 1902.*

In der med.-chirurg. Gesellschaft von Lüttich giebt Malvoz die Mittheilung der Memoiren von Dr. Netter und Dr. Bourger über das Auftreten der Diphtheritis in Paris und die hauptsächlich in den Schulen zu treffenden Maassregeln gegen die Invasion derselben. Das Mitgetheilte treffe Punkt für Punkt auch für Lüttich zu.

BAYER.

91) **Leroy des Barres** (St. Denis). **Diphtherie-Epidemie in der nationalen Erziehungsanstalt zu St. Denis. (Epidémie de diphtérie dans l'établissement national d'éducation de St. Denis.)** *Académie de Médecine. 14. Januar 1902.*

Bei einem Vergleich der Epidemie von 1901 mit den in früheren Jahren in der Erziehungsanstalt von St. Denis beobachteten Diphtherieepidemieen, ergiebt sich ein milderer Verlauf der ersteren. Verf. erklärt das durch die im Jahre 1901 angewandte Behandlung mit Serum. PAUL RAUGÉ.

92) **Chierry** und **Bertail. Diphtherieepidemie, beobachtet im Canton Arcy-le Franc. (Epidémie de diphtérie observée dans le canton d'Arcy-le-Franc.)** *Académie de Médecine. 18. März 1902.*

Bericht über 79 mit Antidiphtherie-Serum behandelte Fälle, von denen zwei tödtlich verliefen. C. und B. rathen, im Fall einer Epidemie die Serumbehandlung im weitesten Umfang und recht frühzeitig anzuwenden, auch alle nur suspecten Fälle ihr zu unterwerfen. Ferner empfehlen sie für alle mit den Kranken in Berührung kommenden Personen Praeventivimpfungen. PAUL RAUGÉ.

93) **G. Ericsson** (Schweden). **Bericht über die Fälle von Croup, die während der Jahre 1899—1901 in dem Epidemie-Krankenhaus zu Köping behandelt wurden. (Redogörelse för de kruppfall som vaardats aa Köpings epidemisjukhus aar 1899—1901.)** *Hygiea. August 1902. p. 139.*

In diesem Zeitraum wurden 62 Fälle von Croup, und zwar beinahe ausschliesslich mittels Intubation behandelt. Unter diesen 62 Fällen trat der Tod nur 6 Mal ein (= 10 pCt.) Bemerkenswerth ist es ferner, dass 28 Patienten, beinahe die Hälfte, 3 Jahre oder noch weniger alt waren. Der jüngste Patient, der mittels Intubation geheilt wurde, war nur 7 Monate alt. E. SCHMIEGELOW.

94) **Kraushar. 114 Fälle von Larynxdiphtherie bei Kindern. (Kilka urag i borodu 114 przypakôr btonicy krtani u dzieci.)** *Medycyna. No. 14, 15. 1902.*

In der Diphtherieabtheilung des Israelitischen Kinderkrankenhauses in Warschau wurden vom Verf. im Laufe des Jahres 1901 114 Fälle des oben genannten Leidens beobachtet. Es starben im Ganzen 37 Kinder ($32^1/_2$ pCt.), und zwar war über die Hälfte (53 pCt.) unter dem dritten Lebensjahre. Von 36 uncomplicirten Fällen der Larynxdiphtherie starben nur 7, dagegen von 7 schweren, mit Enteritis, Pneumonie etc. complicirten starben alle.

Von 28 Fällen pharyngolaryngealer Diphtherie starben 6, bei 7 ebensolchen Fällen von schweren Complicationen starben ebenfalls alle.

Schwer verliefen Fälle von Kehlkopfdiphtherie, die in Folge von Masern entstanden war. Die Sterblichkeit betrug 40 pCt. im ersten Tage der Krankheit.

Bei 37 Kranken wurde, was Therapie anbelangt, Serum applicirt, davon starben 3.

14 Fälle wurden tracheotomirt, davon starben 7.

Bei 26 wurde die Intubation ausgeführt, davon starben 6.

Bei 37 Intubation mit nachfolgender Tracheotomie, davon starben 21.

v. SOKOLOWSKI.

95) Franklin W. White. **Ein zweifelloser Fall von Diphtherieinfection durch gesunde Personen als Träger von Diphtheriebacillen. (An apparent case of diphtherial infection from well persons carrying diphtheria bacilli.)** *Boston med. and surg. Journal. 29. August 1901.*

Folgende interessante Thatsachen ergeben sich aus vorliegender Beobachtung: Noch 85 Tage nach Ueberstehen einer ziemlich leichten Diphtherie fanden sich im Halse des Kindes, das mit Antitoxin behandelt worden war, virulente Bacillen. Nachdem die Wohnräume ausgeräuchert waren, wurde das Kind — fast drei Monate nach seiner Krankheit — wieder mit seiner Umgebung zusammengebracht. Bald fanden sich bei zwei von den vier Personen der Umgebung im Halse virulente Diphtheriebacillen; diese blieben lange Zeit hindurch nachweisbar, ohne dass bei den Trägern eine Erkrankung zum Ausbruch kam. Interessant ist auch, dass die beiden anderen Personen, bei denen sich keine Bacillen fanden, in einem Alter waren — nämlich 6 Monate und 25 Jahre —, das der Diptherieinfection weniger ausgesetzt ist.

EMIL MAYER.

96) J. F. Corbett. **Pseudo-Membranen der Luftwege als Complication von Masern. (False membranes of air passages complicating measles.)** *North-western Lancet. 1. December 1901.*

Die bakteriologische Untersuchung ergab vornehmlich die Anwesenheit von Staphylokokken und Streptokokken.

EMIL MAYER.

97) Brunard. **Ein Fall von diphtherischer Gangrän mit Diphtherie des Ohres. (Un cas de gangrène diphtéritique avec diphtérie de l'oreille.)** *La Clinique. No. 17. 1902.*

Vierjähriges Kind, das früher Stomacace, sodann ein Typhoid überstanden hatte, wird am 10. December 1901 in einem elenden Zustande wegen Diptheritis in's Spital aufgenommen.

Verschiedene Injectionen von Behring'schem Serum ohne Resultat. Am 19. December stellt sich ein Ohrenfluss ein, mit Perforation des Trommelfells; Staphylokokken nachzuweisen, aber kein Löffler'scher Bacillus.

Am 21. December Autopsie: Gangrän im Pharynx und den Lungen: Nekrose im Kehlkopf. Gangrän der knorpeligen Ohrtrompete.

BAYER.

98) T. D. Mac Pherson. **Ein schwerer Fall von Diphtherie mit Betheiligung von Pharynx, Larynx, Trachea, Bronchien und wahrscheinlich Oesophagus und Magen. (A severe case of diphtherie, involving the Pharynx, Larynx, Trachea, Bronchi and probably the Oesophagus and Stomach.** *N. Y. Medical Record. 8. März 1902.*

Der diphtherische Process hatte die ganzen oberen Luftwege bis in die feineren Bronchien hinein befallen. Aus der Dysphagie, Anorexie, dem Erbrechen und dem Befund grosser Mengen von diphtherischen Membranen im Erbrochenen und Stuhl schliesst Verf., dass auch die Speiseröhre und der Magen diphtherisch erkrankt waren. Pat. erhielt während der Krankheit 13000 Immunitätseinheiten von Diphtherieserum; ausserdem wurden alle ein bis zwei Stunden Räucherungen mit Calomel gemacht.

LEFFERTS.

99) **Frank M. Harrison. Bericht über einen schweren Fall von Nasendiphtherie bei einem Erwachsenen mit Heilung. (Report of a severe case of nasal diphtheria in a adult with recovery.)** *The Cleveland Medical Journal. Juni 1902.*

Es wurden 2500 Immunitätseinheiten injicirt; nach 12 Stunden war eine Besserung der Symptome zu constatiren und nach 24 Stunden wurde eine graue Membran aus der Nase geschnaubt, worauf Nasenbluten auftrat. Es trat völlige Heilung ein.

EMIL MAYER.

100) **Neumann** (Kiel). **Virulente Diphtheriebacillen bei einfacher Rhinitis.** *Centralbl. f. Bacter. 31. Bd. 2. Heft. 1902.*

Die primäre Nasendiphtherie kann, wie Neumann an 5 Fällen zeigt, unter dem Bilde eines einfachen Schnupfens ohne besondere Störung des Allgemeinbefindens verlaufen, ein Fortschreiten der Affection von der Nase auf Rachen und Tonsillen konnte nur in einem Falle beobachtet werden.

Da die Nasendiphtherie an der Verbreitung der Diphtherie erheblichen Antheil haben kann, so sollte jeder zweifelhafte Fall von Schnupfen bakteriologisch untersucht werden.

SEIFERT.

101) **George A. Anden. Diphtherie beim Neugeborenen. (Diphtheria in the newly-born.)** *Lancet. 19. April 1902.*

Ein 8 Tage altes Kind erkrankte mit eitrigem, leicht blutig gefärbtem Ausfluss aus der Nase; es bestand Fieber und etwas inspiratorischer Stridor. Am 10. Tage wurden auf beiden Tonsillen Membranen entdeckt. Bei der bakteriologischen Untersuchung wurden unzweifelhafte Diphtheriebacillen, ausserdem Streptokokken gefunden. Es wurden 200 Immunitätseinheiten Antitoxin injicirt. Heilung. Zu bemerken ist noch, dass das Kind an der Mutterbrust genährt wurde, und dass die Mutter vier Wochen vor der Entbindung eine heftige Halsentzündung durchgemacht hatte.

A. BRONNER.

102) **E. H. Williams. Post-scarlatinöse Diphtherie und Rhinorrhoe. (Postscarlatinal Diphtheria and Rhinorrhoea.)** *Brit. med. Journal. 21. December 1901.*

Seit der im Jahre 1895 erfolgten Einführung der Serumtherapie ist die Mortalität der postscarlatinösen Diphtherie am Metropolitan Asylum Board Convalescent Hospital ganz erheblich zurückgegangen, nämlich von 43,8 pCt. im Jahre 1892 auf 14,2 pCt., im Jahre 1895 und 2,5 pCt. in 1899. Sehr häufig ist es, dass die Nase oder der Gehörgang von der diphtherischen Erkrankung befallen wird; Verf. plädirt daher dafür, dass alle Fälle von Rhinorrhoe im Verlauf eines Scharlachfiebers bakteriologisch untersucht werden. Er führt zwei Fälle an, in denen zuerst der Ausfluss aus der Nase vorhanden war und dann erst die Membranbildung im Halse folgte. Er räth, die Kinder, wenn sich Ausfluss aus der Nase einstellt, zu isoliren und der Serumbehandlung zu unterwerfen.

A. BRONNER.

103) **De Stella** und **Miele Ein bemerkenswerther Fall von postdiphtherischer Lähmung. (Un cas remarquable du paralysie postdiphtérique.)** *La Belgique Méd. No. 47. 1902.*

Nach einer mit Serum behandelten Pharynxdiphtheritis stellt sich Lähmung

des Gaumensegels, dann der Muskulatur des Pharynx, des Oesophagus und des Larynx ein. Die Lähmung hielt 24 Tage an und verschwand ebenso schnell als sie gekommen war; dazwischen verlief eine intercurrente Pneumonie; nur der künstlichen Ernährung vermittelst der Oesophagussonde ist der glückliche Ausgang und die Verhütung des Todes an Inanition zuzuschreiben. BAYER.

104) G. D. Haggard. **Postdiphtherische Lähmung. (Post-diphtheric paralysis.)** *Northwestern Lancet. Januar 1902.*

Verf. empfiehlt Massage und allgemeine roborirende Maassnahmen; den Erfolg von Digitalis und Strychnin hält er zum mindesten für zweifelhaft.

EMIL MAYER.

105) H. Barbier. **Ueber den langsamen postdiphtherischen Puls. (Du pouls lent post-diphtérique.)** *Société médicale des hôpitaux. 6. December 1901.*

B. hat drei Fälle von Pulsverlangsamung in der Reconvalescenz nach Diphtherie beobachtet. Die Kranken zeigten keine Anzeichen irgend welcher functionellen Störung; jedoch konnte man bei der Untersuchung eine geringe Dilatation des rechten Herzens constatiren. Diese Erscheinung dauerte bisweilen länger als 14 Tage an. Verf. räth, in solchen Fällen, deren Prognose übrigens nichts Bedenkliches bietet, Ruhe anzuordnen und Injectionen mit schwachem künstlichen Serum und Sparteinum sulf. anzuwenden. PAUL RAUGÉ.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

106) J. P. Griffith. **Persistirende Kehlkopfstenose. (Persistent laryngeal stenosis.)** *N. Y. Medical News. 1. Juni 1901.*

Bei einem 20 Monate alten Kind war vom Hausarzt die Diagnose auf Larynxdiphtherie gestellt worden; im Rachen fehlten Belege, die bakteriologische Untersuchung fiel negativ aus. Nach 12 Tagen wurde das Kind entlassen, jedoch schon 7 Tage später wurde es mit Stenosenerscheinungen zurückgebracht. Intubation brachte Erleichterung. Sodann erkrankte das Kind an Pneumonie, genas davon und wurde wieder von Athemnoth befallen. Fünf Mitglieder derselben Familie leiden an solchen Anfällen von Athemnoth; in jedem Fall hält der Stridor Tag und Nacht an. LEFFERTS.

107) Geo. J. Ross. **Angeborene Kehlkopfstenose. (Congenital stenosis of the larynx.)** *Montreal Medical Journal. September 1901.*

Bei einem 3jährigen Kind wurde zwischen den Stimmbändern ein Diaphragma gefunden. Eine Behandlung wurde nicht eingeleitet. EMIL MAYER.

108) A. J. Mc Cosh. **Hauttransplantation bei der Behandlung der completen Kehlkopfstenose. (Skin-grafting in the treatment of complete stenosis of the larynx.)** *Annals of Surgery. November 1901.*

C. berichtet über einen 14jährigen Knaben, dem einige Jahre vorher Kehlkopfpapillome mittels Laryngofissur entfernt waren und bei dem der ganze Larynx und der Anfangstheil der Trachea durch Narbengewebe völlig obliterirt war.

Nachdem dieses excidirt war, wurde auf die Wundfläche vom Oberschenkel entnommene Haut nach Thiersch transplantirt. Während Pat. die erste Zeit lang noch der Sicherheit halber eine Intubationsröhre trug, konnte diese bald fortgelassen werden und es trat völlige Heilung ein.

EMIL MAYER.

109) **O. T. Mc. Cully. Acute Kehlkopfstenose. (Acute stenosis of the larynx.)** *Maritime Medical News. Januar 1902.*

Bemerkungen über die Technik der Intubation.

EMIL MAYER.

110) **A. von zur Mühlen** (Riga). **Ein Fall von operativ geheilter subglottischer Narbenstenose.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 2. 1902.*

18 jähriges, schlecht entwickeltes Mädchen, mit 4 Jahren wegen Diphtherie tracheotomirt, danach Stenose durch eine in der Höhe des ersten Trachealringes sitzende, hufeisenförmige Narbenmembran. Tracheotomia inferior. Nach 3 Wochen Spaltung der Trachea nach oben hin und Excision der Narbe mit der Scheere. Glatte Heilung, ohne dass und vielleicht weil keine Schornsteincanüle angewandt wurde.

ZARNIKO.

111) **J. Price-Brown. Larynxstenose. (Stenosis of the larynx.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. August 1902.*

Eine Aufzählung bekannter Thatsachen.

EMIL MAYER.

112) **Courvoisier. Ueber Stenose bei Amyloidentartung am Kehlkopf.** *Münch. med. Wochenschr. No. 30. 1902.*

Mittheilung eines Falles bei einer 66jährigen Gouvernante mit subchordalen Wülsten amyloider Natur und Erwähnung der bisher vorliegenden Literatur.

SCHECH.

113) **Wolkowitsch** (Kiew). **Ein Beitrag zur Behandlung der chronischen Larynxstenose.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 64. Bd. 5. u. 6. H. 1902.*

Bei 42, an chronischer Kehlkopfstenose (19 Tracheotomirte, 2 Knaben, denen multiple Papillome entfernt waren, 18 Fälle von Sklerom, 3 auf Lues Verdächtige) leidenden Individuen kam am häufigsten die Intubation zur Anwendung, die im allgemeinen sehr gute Resultate ergab. Ausserdem wurden vorgenommen Spaltung des Kehlkopfes, plastischer Ersatz, Resection der stenosirten Stelle. Auch bei diesen Operationen wurde wiederholt die Intubation zu Hülfe genommen.

SEIFERT.

114) **Ernst Barth** (Sensburg). **Eine Schnittverletzung des Kehlkopfes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. H. 1. S. 142. 1902.*

Tiefe Schnittwunde am Halse mit breiter Eröffnung des Kehlkopfes, im Selbstmordversuch beigebracht; die Schnittführung entspricht fast genau der bei Pharyngotomia subhyoidea, nur ist der Kehldeckel am oberen Wundrande, nicht am unteren stehen geblieben. Da Pat. erst nach mehreren Tagen mit sehr verunreinigter Wunde in Behandlung kommt, wird die Wunde langsam gereinigt, dann durch seitliche Nähte etwas verkleinert. Die Vernähung in der Medianlinie misslingt, die Nähte reissen wiederholt in Folge der grossen Spannung, auch nach

Durchschneidung der Mm. sternothyreoidei, deren Contractur die Spannung zugeschrieben wird. — Nachdem der Schildknorpel durch Hautlappenplastik mit Haut überkleidet ist, schliesst sich der Rest der Wunde allmälig durch Granulation. Pat. wird nach 5 Monaten mit guter Stimme, ohne Schlingbeschwerden entlassen.

F. KLEMPERER.

115) **F. E. Hopkins. Ein Fall von Schnittverletzung des Kehlkopfes. (A case of incised wound of the larynx.)** *Laryngoscope. October 1902.*

Bericht über einen Fall.

EMIL MAYER.

116) **Gauthier** (Lyon). **Penetrirende Kehlkopfschnittwunde (suicidium). (Plaie pénétrante du larynx par instrument tranchant (Suicide).** *Société des sciences médicales de Lyon. 10. December 1902.*

Bei dem 41 jährigen Kranken fand sich eine transversale Schnittwunde von 8 cm Länge in der Mitte des Halses; dieselbe befand sich zwischen dem Schildknorpel und Zungenbein. Durch die Wunde drang die mit Schleim vermischte Exspirationsluft. Verschluckte Flüssigkeiten flossen in die Luftröhre. Die Musculi sterno-hyoidei und thyreohyoidei waren durchtrennt, ebenso wie die Membrana thyreo-hyoidea; die Glottis und die intacten Stimmbänder lagen frei zu Tage. Es wird die Wunde der Membrana hyo-thyreoidea durch Naht geschlossen. Am selben Abend Anzeichen von Pneumonie im rechten Unterlappen. Tod nach drei Tagen. Section ergiebt graue Hepatisation im rechten Unterlappen und Anschoppung im linken.

PAUL RAUGÉ.

117) **Testa. Experimentelle Untersuchungen über den Tod durch Erdrosselung mit besonderer Berücksichtigung der Verletzungen an den Kehlkopfknorpeln. (Ricerche sperimentali sulla morte da strozzamento specialmente riguardo alle lesioni delle cartilagini laringee.)** *Arch. Ital. di Laringologia. October 1902.*

Verf. hat sowohl an Leichen, wie an betäubten und unbetäubten Hunden seine Versuche gemacht. Es wurde stets mit beiden Daumen der Schildknorpel gegen die Wirbelsäule gepresst. Verf. hat auf diese Weise an Leichen von Erwachsenen jedesmal entweder Luxationen oder Fracturen der Kehlkopfknorpel hervorbringen können: bei Leichen an alten Personen waren besonders häufig Fracturen der Schildknorpelplatten und des Ringknorpels. Wurde an lebenden Hunden experimentirt, so waren an den Bruchstellen stets Ecchymosen nachweisbar. Bei nicht betäubten Thieren waren öftere und schwerere Verletzungen der Kehlkopfknorpel herbeizuführen, als bei chloroformirten.

FINDER.

118) **A. M. Shield** (London). **Bemerkungen über eine Reihe von Fällen äusserer Operationen am Kehlkopf. (Remarks on a series of cases of external operations of the larynx.)** *Brit. Med. Journal. Vol. I. 1902. p. 941.*

Verf. giebt einen detaillirten Bericht über 9 Fälle. Für das beste Anästheticum hält er das Chloroform. Der Hautschnitt soll so lang sein, dass er auch gleich für die vorauszuschickende Tracheotomie ausreicht; er soll oberhalb des Schildknorpels beginnen und bis 4 cm unter den Ringknorpel gehen. Auf diese Weise erhält man mehr Raum für die Thyreotomie und kann die Blutung leichter

beherrschen. S. bedient sich einer Pressschwammcanüle. Nach Spaltung des Schildknorpels bepinselt er das Innere, soweit es ausgeräumt werden soll, mit einer Lösung von Cocain und Adrenalin. Ein in den Anfangstheil der Trachea gepresster kleiner Schwamm schützt noch besonders vor dem Hineinlaufen von Blut in dieselbe. Die Canüle wird sobald nach der Operation entfernt, als die Sensibilität und der Hustenreiz wiedergekehrt ist.

JAMES DONELAN.

119) **Gwilym G. Davis. Laryngectomie unter Eucain-Anästhesie nebst Bemerkungen über die Technik der Operation. (Laryngectomy under Eucaine anaesthesia with remarks on the technique of the operation.)** *Annals of Surgery. Januar 1901.*

Ausgehend von einem wegen Carcinom operirten Fall stellt Verf. fest, dass es sehr gut möglich ist, eine Larynxexstirpation unter Eucainanästhesie auszuführen. Es ist nicht nöthig eine Oesophagussonde in der Wunde liegen zu lassen, da Pat. bereits nach 3 Tagen im Stande ist, zu schlucken. Die Wunde braucht nicht tamponirt zu werden, sondern kann vom obern Rand der Trachea zum Zungenbein geschlossen werden. Kurze Zeit nach der Operation beginnen die Patienten bereits zu sprechen.

EMIL MAYER.

120) **Della Vedova** (Mailand). **Beitrag zum Studium der Laryngectomie. (Contribution à l'étude de la laringectomie.)** *Annales des Maladies de l'oreille etc. October 1901.*

Verf. beschreibt in vorliegender Arbeit das Verfahren, das er anwendet, um die Luftwege von den Speisewegen völlig abzuschliessen. Er näht den Trachealstumpf in die Haut ein und wendet keinerlei Ersatz für den exstirpirten Kehlkopf in Form irgendwelcher Prothese an.

E. J. MOURE.

121) **A. Raventós** (Barcelona). **Erläuterung eines klinischen Falles von Total-Exstirpation des Kehlkopfes mit Vorstellung des Patienten. (Exposicion de un caso clinico de exstirpacion total de la laringe con presentacion del enfermo.)** *Revist. de Medic. y Cirug. No. 3. 1902.*

Das Leiden des Patienten hatte vor zwei Jahren angefangen. R. versuchte zuerst die Laryngofissur, aber nachdem er den Umfang erkannt und die Diagnose gesichert hatte, schritt er zur totalen Kehlkopf-Exstirpation, deren Ausführung er eingehend beschreibt.

R. BOTEY.

122) **Goris. Ueber die Larynxexstirpation. (De l'exstirpation du larynx.)** *La Presse Méd. Belge. No. 28. 1902. Annales de la Soc. Med. Chir. du Brabant. No. 7. 1902.*

G. macht in der medico-chirurgischen Gesellschaft von Brabant eine Mittheilung über die Kehlkopfexstirpation. Er spricht die Ansicht aus, dass man bei Larynxcarcinom besser thue, die totale oder partielle Larynxexstirpation zu versuchen, weil dieselbe zur Hoffnung auf Heilung berechtige oder doch auf eine beträchtliche Verlängerung des Lebens, abgesehen davon, dass sie im Falle eines Recidivs den Kranken einem weniger schrecklichen Tode aussetze.

G. bespricht sodann die Laryngofissur in Fällen, bei welchen die Geschwulst auf ein Stimmband oder Taschenband beschränkt ist; die halbseitige Resection, wenn eine ganze Kehlkopfhälfte der Sitz des Krebses ist; und schliesslich die Totalexstirpation, wenn die Läsionen sehr ausgebreitet sind.

Zum Schluss äussert er sich noch über künstliche Kehlköpfe, Apparate, die ganz schlecht vertragen werden, wie er sich selbst überzeugt habe. BAYER.

123) **Föderl. Neue Methode der Kehlkopfexstirpation.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 9. December 1902.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 52. 1902.*

Beschreibung der Operationstechnik (Arch. f. klin. Chir., 58. Bd., H. 1) — sehr günstiges Dauerresultat — $4^1/_2$ Jahre p. operat. recidivfrei, Deglutition ungestört, Sprache trotz Entfernung des Kehlkopfes und der Epiglottis verständlich. Durch die exacte circuläre Naht ist die Gefahr der Aspirationspneumonie vermindert. CHIARI.

124) **G. Jaboulay** (Lyon). **Künstlicher Kehlkopf. (Larynx artificiel.)** *Société nationale de médécine de Lyon. 25. Juli 1901.*

Vorstellung eines Patienten, dem J. wegen syphilitischer Stenose den Kehlkopf exstirpirt hatte und dem er einen von Martin construirten künstlichen Larynx eingesetzt hat. Mit diesem Apparat kann Patient athmen und sprechen; seine Hauptbestandtheile sind: eine Larynxtube, ein Resonnanzkasten und ein phonatorischer Apparat. Durch ein metallisches Dach werden die festen Speisen zurückgehalten und in den Oesophagus geleitet. Die Flüssigkeiten fliessen beiderseits von der phonatorischen Oeffnung in je eine Rinne und gelangen durch eine Tube in den Oesophagus. PAUL RAUGÉ.

125) **G. T. Hankins** (Sydney). **Ein künstlicher Kehlkopf. (An artificial larynx.)** *Austral. Medical Gazette. 20. Januar 1902.*

Der Apparat ist für die Fälle von Totalexstirpation des Kehlkopfes berechnet, bei denen jede Communication zwischen den Lungen und der Mundhöhle aufgehoben ist. Er besteht aus einer kleinen Flasche mit drei Hälsen; durch den Korken des mittleren Halses geht ein Tubus, der an seinem einen Ende eine in die Flasche hineinhängende Pfeife trägt, während sein äusseres Ende verbunden ist mit einem elastischen englischen Katheter No. 17. In dem anderen Flaschenhals steckt eine Hartgummiröhre von 10 cm Länge und 0,6 cm Durchmesser, die mit einer warzenförmigen Verdickung aus Vulcanit endet, die in die Trachealcanüle eingesetzt werden kann. Der dritte Hals der Flasche ist offen. Die Pfeife ist nach dem Princip einer Clarinette und so eingerichtet, dass sie nicht „überblasen" werden kann. Soll der Apparat gebraucht werden, so steckt der Patient den elastischen Katheter circa $1^1/_2$ cm weit in ein Nasenloch, in welchem er durch eine Olive aus Vulcanit festgehalten wird, dann befestigt er die Hartgummiröhre mittels der dazu angebrachten Vorrichtung in der Trachealcanüle. Will er nun sprechen, so schliesst er den dritten Flaschenhals mit dem Zeigefinger. Die exspirirte Luft geht durch die Pfeife und gelangt in einem Zustand von Vibration in den Pharynx; es entsteht eine Art von Stimme von männlichem Charakter.

A. T. BRADY.



126) **Hal Joster. Ein Ueberblick über Intubation des Kehlkopfes. (A review of intubation of the larynx.)** *Medical Herald. October 1901.*

Nichts Bemerkenswerthes.

EMIL MAYER.

127) **A. Bertucat. Intubation des Kehlkopfes auf dem Lande. (Tubage de larynx à la campagne.)** *Lyon médical. 31. Aug. 1902.*

Das Interesse der drei mitgetheilten Fälle von erfolgreicher Intubation beruht auf den äusseren Verhältnissen, unter denen der Eingriff vorgenommen wurde. Sie dienen zum Beweis, dass die Intubation auch auf dem Lande bei entsprechender Vorsicht gefahrlos und leicht ist.

PAUL RAUGÉ.

128) **Rudolf Matas. Künstliche Athmung mittels directer intralaryngealer Intubation mit einer modificirten O'Dwyer'schen Tube und einer neuen graduirten Luftpumpe. (Artificial respiration by direct intralaryngeal intubation with a modified O'Dwyer tube and a new graduated air-pump.)** *American Medicine. 18. Januar 1902.*

Detaillirte Beschreibung des complicirten Apparates.

EMIL MAYER.

129) **Barbier** (Paris). **Ueber die Detubation. (Sur la détubation.)** *Société de Pédiatrie. 17. Juni 1902.*

B. wendet sich sehr lebhaft gegen die Extubation mittels der Pincette; er nennt sie brutal und unwissenschaftlich.

In der Discussion vertheidigt Marfan dieses Verfahren, es sei brutal nur in brutalen Händen.

PAUL RAUGÉ.

130) **G. Engelmann. Zur Vereinfachung der Intubationstechnik.** *Wiener med. Wochenschr. No. 29. 1902.*

Das angegebene Instrument — Tubator genannt — dient sowohl zur Intubation als auch zur Extubation und hat u. A. den Vortheil, der möglichst ausgiebigen Luftzufuhr während des Intubationsactes. Das Instrument ist bei R. Kutill, Wien, zu haben.

CHIARI.

131) **v. Ritter. Atresia laryngis ex intubatione.** (Verein Deutscher Aerzte in Prag. 25. April 1902.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 39. 1902.*

Wegen diphtheritischer Larynxstenose wurde das Kind durch 6 Wochen intubirt. Nach einer fünftägigen Intubationspause musste, da die Intubation auf ein unüberwindliches Hinderniss stiess, tracheotomirt werden. Fünf Tage nach der Tracheotomie war der Larynx vollständig verschlossen. Nach Durchstossen der Granulationen und nachfolgender Dilatation Heilung mit normaler Stimme.

CHIARI.

132) **Prunard. Die Intubation in der Privatpraxis. (Le tubage dans la clientèle privée.)** *La Clinique. No. 51. 1902.*

B. bricht eine neue Lanze für die Superiorität der Intubation über die Tracheotomie. Dieselbe sei ebenso leicht in der Privatpraxis und sogar in der Landpraxis auszuüben, wie im Spitale. Im Jahre 1901 hat B. dieselbe im Spital unter den gleichen Bedingungen ausgeführt, wie in der Privatpraxis und unter gut 20 Intu-

bationen hat er nie einen üblen Zufall beobachtet. Er kam regelmässig Nachmittags und Abends ins Spital zur Visite und ausnahmsweise, wenn er gerufen wurde; und auch da war er immer zur rechten Zeit zur Stelle. Schliesslich gewann er für die Methode die Internen, welche anfangs von der Tracheotomie nicht ablassen wollten; jetzt hat sich die Intubation im Spital eingebürgert. So müsse sie auch in der Privatpraxis die Tracheotomie noch verdrängen.

BAYER.

133) **Brunard. Extubation der langen O'Dwyer'schen Tube. (Le détubage du tube long de O'Dwyer.)** *La Clinique. No. 9. 1902.*

B. tritt aufs Neue für die Intubation ein; sie sei leichter auszuführen, als die Katheterisation der Urethra und das Einführen eines Stiftes in den Uterus. Zur Extubation der langen O'Dwyer'schen Tuben empfiehlt er ebenfalls den Bayeux-schen Handgriff, welcher darin besteht, dass man die Tube zwischen zwei Finger aus der Trachea herausdrückt, wie einen Kern aus der Kirsche.

BAYER.

134) **Ausset. Kehlkopfgeschwüre nach der Intubation. (Ulcérations laryngées consécutives au tubage.)** *Société centrale de médecine du département du Nord. 1902.*

Die Ulcerationen fanden sich in der Trachea bei einem Kinde, das die Tube 9 Tage lang getragen hatte. Verf. macht die Bemerkung, dass diese Ulcerationen besonders leicht bei Kindern entstehen, die adenoide Vegetationen des Nasenrachenraums haben.

PAUL RAUGÉ.

135) **E. C. Ellett. Eine ungewöhnliche und wahrscheinlich einzigartige Complication der Tracheotomie. (An unusual and probably unique complication of tracheotomy.)** *Georgia Journal of Medicine and Surgery. August 1901.*

Allgemeines Emphysem.

EMIL MAYER.

136) **Goldman. Zwei Fälle von letaler Blutung nach Tracheotomie. (Przyczynek do nauki smiertelnych krwotakach bo eigcin tehawicy.)** *Czasopisma Lekarskie. No. 4, 5. 1902.*

Im ersten Falle handelte es sich um ein 1 jähriges Kind, bei welchem die tödtliche Blutung am 8. Tag nach der Tracheotomie in Folge von Arrosion der Art. anonyma entstand.

Im zweiten Fall starb ein 3 jähriges Kind am 6. Tage nach der Tracheotomie in Folge von Arrosion eines Gefässes in einem Decubitalgeschwür, welches sich auf die Glandula thyreoidea ausbreitete.

SOKOLOWSKI.

137) **R. Trzebicky** (Krakau). **Zur Casuistik der Trachealcanülenbrüche.** *Wien. med. Wochenschr. No. 7. 1902.*

Eine Canüle aus Hartkautschuk brach knapp am Schilde ab und glitt in die Trachea, wo sie an der Bifurcation stecken blieb. Mit einer gekrümmten Zange wurde dieselbe von der Tracheotomiewunde aus leicht extrahirt.

CHIARI.

138) **R. Castaneda** (St. Sebastian.) **Ein Fall von schwerer Decanulisirung. (Un caso de decanulacion dificil.)** *Boletin de Laringol. etc. Januar-Februar 1902.*

Die bei einem 3 jährigen Kinde 1 Monat nach erfolgter Tracheotomie mehr-

mals versuchte Entfernung der Canüle war wegen erschwerter Glottisathmung stets erfolglos. Die Untersuchung ergab, dass es sich um einen Fall von hoher Tracheotomie mit Durchschneidung des Ringknorpels handelte. Die Canüle hatte wie ein Fremdkörper gewirkt und die Entzündung der subglottischen Schleimhaut hervorgerufen. Die Heilung erfolgte durch Intubation mittelst der Bayeux'schen Röhre. Im Anschluss daran erwähnt C. die Ursachen, welche die Entfernung der Canüle bei den Tracheotomirten verzögern.

R. BOTEY.

139) **Deguy. Hineinfallen der Tube in die Trachea. (Tube tombé dans la trachée.)** *Société de pédiatrie. 18. März 1902.*

Die Tube wurde mittels Tracheotomie extrahirt; Heilung.

PAUL RAUGÉ.

140) **v. Hacker. Resection der Trachea.** (Wissensch. Aerztegesellschaft in Innsbruck.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 32. 1902.*

Wegen einer hochgradigen Narbenstrictur nach Verletzung im Anfangstheile der Trachea (die Luftwege spaltender Beilhieb) hat v. Hacker ein über 2 cm langes Stück der Luftröhre resecirt. Die Operation wurde an dem sitzenden Patienten, der durch eine nach Tracheotomia inferior eingelegte Tamponcanüle narkotisirt wurde, ausgeführt. Die Resection war eine circuläre und trat nach Durchschneiden einer Naht eine kleine Fistel auf, die sich jedoch alsbald schloss. Eine linksseitige Recurrenslähmung hat sich inzwischen gebessert. Der Autor erörtert die Bedeutung dieser Operation gegenüber den anderen Behandlungsresultaten derartiger Trachealstricturen und verweist auch auf die Resectionen des Larynx, wie Föderl sie ausgeführt hat.

CHIARI.

141) **Charles N. Cox. Bericht über einen Zufall mit einer Tracheotomie-Canüle. (Report of an accident with a tracheotomy tube.)** *Annals of Otology, Rhinologie and Laryngology. August 1902.*

Bei einem vierjährigen Kinde hatte wegen multipler Papillome des Larynx die Tracheotomie vorgenommen werden müssen. Neun Monate nach der Operation brach ein Stück der äusseren Canüle ab und gerieth in den Bronchus. Nachdem verschiedene Versuche, den Fremdkörper zu entfernen, misslungen waren, wurde er 2 Wochen später von dem Kinde ausgehustet.

EMIL MAYER.

142) **Arthur B. Deuel. Narbenstenose nach Tracheotomie. (Cicatricial stenosis after Tracheotomy.** *N. Y. Medical News. 22. November 1902.*

Verf. hat in drei Fällen beobachtet, dass oberhalb der Tracheotomiewunde sich im Larynx ein Narbenband bildete. Es wurde die allmälige Dilatation der Kehlkopfstenose vorgenommen, und zwar bediente sich Verf. gewöhnlich der Methoden, bei denen die Dilatation von der Trachealfistel aus geschieht; es wurde zur Offenhaltung der Luftwege eine Tube liegen gelassen. Verf. ist der Ansicht, dass derartige Patienten so lange unter ärztlicher Aufsicht bleiben müssen, als sie nicht von ihrer Tube befreit werden können. Er glaubt nicht, dass die Bildung der Narbenverengung zurückzuführen sei auf irgend welche Fehler der Operationstechnik, sondern auf eine Hypertrophie des subglottischen Gewebes, die vielleicht auf einer Reizung in Folge der veränderten Athmungsbedingungen beruht.

LEFFERTS.

143) **G. Poux. Die unmittelbare Naht nach der Tracheotomie und Trachee-Thyreotomie. (De la suture immédiate après la trachéotomie et la trachéo-thyrotomie.)** *Thèse de doctorat. Bordeaux 1902.*

P. befürwortet in seiner Arbeit den unmittelbaren Verschluss der Luftwege durch die Nase, wenn ihre Eröffnung in Folge Anwesenheit eines Fremdkörpers oder wegen eines Tumors, der per vias naturales nicht zu entfernen war, nothwendig geworden war. Nach der Tracheotomie wegen Tumors wird es sich empfehlen, um die Gefahr eines Emphysems zu vermeiden, den unteren Wundwinkel etwas offen zu lassen.

E. J. MOURE.

f. Schilddrüse.

144) **Wm. Egbert Robertson. Thyreoiditis als Complication von Typhus. (Thyroiditis complicating typhoid fever.)** *American Journal of the Medical sciences. Januar 1902.*

Es kann sich um einen einzelnen oder multiple Abscesse handeln; ein Drüsenlappen pflegt mehr befallen zu sein, als die anderen. Die Prognose ist gut; bedrohliche Symptome gehören zu den Seltenheiten. Der Process läuft gewöhnlich in 10—14 Tagen ab. Die Behandlung besteht in Eisapplication; wenn Abscedirung eingetreten ist, Incision.

EMIL MAYER.

145) **Delore** (Lyon). **Ueber Thyreoidectomie bei acuter eitriger Thyreoiditis. (De la thyroidectomie dans les thyroidites suppurés aiguës.)** *Société nationale de médecine de Lyon. Juli 1902.*

Es handelte sich um eine 36jährige Frau, bei der eine retrosternal gelegene Struma von acuter eitriger Entzündung befallen wurde; Drainage und Verbände brachten keinerlei Besserung, so dass D. sich zur Enucleation der retrosternalen Struma entschliessen musste.

PAUL RAUGÉ.

146) **Le Gendre** (Paris). **Thyreoiditis nach Pneumonie bei einer an Morbus Basedow leidenden Frau. (Thyroïdite post-pneumonique chez une femme atteinte de maladie de Basedow.)** *Société médicale des hôpitaux. 17. October 1902.*

Bei einer 37jährigen Frau entwickelte sich in der Reconvalescenz nach einer Pneumonie eine Thyreoiditis, die innerhalb von 8 Tagen ohne Abscedirung heilte. Verf. betrachtet die Entzündung als hervorgerufen durch eine Localisation der Pneumokokken in der Schilddrüse.

PAUL RAUGÉ.

147) **Clairmond** (Wien). **Zur Tuberkulose der Schilddrüse (Struma tuberculosa).** *Wien klin. Wochenschr. No. 48. 1902.*

Zweijähriges, sonst gesundes Kind. Mikroskopischer Befund ergab Tuberculose. Ob primär oder secundär, ist in diesem Falle nicht absolut sicher zu entscheiden.

CHIARI.

148) **Cavernier** (Lyon). **Epitheliom der Schilddrüse mit Metastase im Warzenfortsatz. (Epitheliome thyroidien avec métastase mastoidienne.)** *Société de médecine de Lyon. 18. November 1901.*

Bei einem 29jährigen Patienten wurde eine Schilddrüsengeschwulst operativ entfernt, die ursprünglich für eine Cyste gehalten worden war, bei deren mikroskopischer Untersuchung sich aber herausstellte, dass es sich um eine maligne epitheliale Neubildung handelte. Einige Zeit nach der Operation zeigte sich eine Metastase im Warzenfortsatz.

PAUL RAUGÉ.

149) **Paul G Wooley. Ein Fall von primärer bösartiger Schilddrüsengeschwulst. (A case of primary malignant tumor of the thyroid.)** *American Medicine. 30. August 1902.*

Der Fall war eine Mischgeschwulst aus einem Adenocarcinom und Haemangiosarkom. Solche Fälle sind extrem selten; Verf. hat im Ganzen nur 3 analoge in der Literatur auffinden können, von denen der eine ein Sarko-Carcinom der Schilddrüse bei einem Hunde betraf.

EMIL MAYER.

150) **Habart Steinharte Kropfgeschwulst.** (Wisssensch. Verein d. Militärärzte d. Garnison Wien. 22. Februar 1902.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 35. 1902.*

Bei der Exstirpation einer steinharten Kropfgeschwulst fand man in der Mitte derselben einen mehr als mandelgrossen, knochenharten Stein. Diese verkalkte Struma comprimirte wegen ihrer Unnachgiebigkeit die Trachea bedeutend.

CHIARI.

151) **M. Hirsch. Adenocarcinom der Schilddrüse.** (K. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, 6. November 1902.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 46. 1902.*

19jähriges Individuum. Trotz radicaler Operation in kürzester Zeit Recidivtumoren. Die Tracheotomie war unmöglich, da die Trachea als flaches, nicht palpables, papierweiches Band der Hinterfläche des Tumors auflag.

CHIARI.

g. Oesophagus.

152) **Vallas** (Lyon). **Behandlung der Fremdkörper der Speiseröhre. (Traitement des corps étrangers de l'oesophage.)** *Société de Médecine de Lyon. 3 Februar 1902.*

Verf. theilt zwei Fälle mit, in denen künstliche Gebisse durch die Oesophagotomia externa entfernt werden mussten.

Die häufigsten, in der Speiseröhre vorkommenden Fremdkörper sind: künstliche Gebisse und Geldstücke. Bei diesen, die ohne scharfe Ecken und Rauhigkeiten sind, kann man ohne Gefahr die Extraction per vias naturales versuchen; bei jenen aber, die ein gefährlicheres Vorkommniss bilden, müssen alle Extractionsversuche mit grösster Vorsicht gemacht werden und, wenn sie keinen Erfolg haben, muss ohne Zögern zur Oesophagotomie geschritten werden.

Garel führt den Fall eines Kindes an, das eine 32 mm Durchmesser habende

Glasperle verschluckt hatte. Bei den Extractionsversuchen rutschte der Fremdkörper in den Magen und wurde nach 17 Tagen mit dem Stuhl entleert.

PAUL RAUGÉ.

153) **Poirier** (Paris). **Fremdkörper des Oesophagus; Oesophagotomia externa. Heilung. (Corps étranger de l'oesophage; Oesophagotomie externe. Guérison.)** *Société de Chirurgie. 9. Juli 1902.*

P. demonstrirt das Röntgenbild eines Kindes, das ein 5 Centimes-Stück zwei Monate lang in der Speiseröhre in der Höhe des zweiten Rückenwirbels getragen hat. Da die Versuche, den Fremdkörper per vias naturales zu extrahiren, misslangen, so musste Verf. zur Oesophagotomia externa schreiten, die zum Ziel führte.

PAUL RAUGÉ.

154) **L. E. Allen. Entfernung von metallischen Fremdkörpern aus der Speiseröhre mit Hülfe der X-Strahlen. (Removal of metallic foreign bodies of the esophagus by the aid of the X Rays.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. November 1902.*

Es wird hinter dem Fluorescenzschirm operirt; ein Assistent beobachtet auf diesem, welche Lage die eingeführte Zange zu dem Fremdkörper hat und dirigirt danach den Operateur.

EMIL MAYER.

155) **H. Bayley. Zwei Fälle von Verlegung des Oesophagus durch Münzen; (Two cases of oesophagal obstruction by coins.)** *Lancet. 6. December 1902.*

Die Kinder wurden chloroformirt und die Münzen unter Leitung der Röntgenstrahlen entfernt.

A. BRONNER.

156) **G. Hamilton. Die Entfernung von Fremdkörpern aus dem Oesophagus mittels einer verbesserten Methode der Röntgenuntersuchung. (The removal of foreign bodies from the oesophagus by an improved method of using the Roentgen Rays.)** *Lancet. 13. December 1902.*

Der Fremdkörper wird unter Controle des Fluorescenzschirmes mittels eines Münzenfängers entfernt, während der Patient — wenn nöthig chloroformirt — auf einem Stuhl sitzt.

A. BRONNER.

157) **Hofmeister** (Tübingen). **Ueber Auswanderung verschluckter Fremdkörper aus der Speiseröhre durch Perforation der Wand und deren operative Entfernung.** *Medic. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 6. 1903.*

Der von Hofmeister mitgetheilte Fall besitzt die grösste Aehnlichkeit mit dem von Levy beobachteten Fall. Ein 46jähriger Mann verschluckte mit einem Bissen Rindfleisch einen kleinen Knochen, der in der Speiseröhre stecken blieb. Von da an immer mehr zunehmende Schluckbeschwerden, Reiz zum Leerschlucken und grössere, stechende Schmerzen in der Gegend des Ringknorpels rechts. Bei der Operation kam man auf eine kleine Abscesshöhle zwischen Aussenfläche des Schildknorpels und der Schilddrüse, welche keine Communication mit der Speiseröhre aufwies. In der Höhle fand sich ein 3 cm langer, am einen Ende spitzer Knochensplitter.

SEIFERT.

158) **Hofmeister** (Tübingen). **Ueber Auswanderung verschluckter Fremdkörper aus der Speiseröhre durch Perforation der Wand und deren operative Entfernung.** *Medic. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 7. 1903.*

In einem Nachtrag giebt Hofmeister die Krankengeschichte eines 13jähr. Knaben, bei welchem in einem Abscess rechts neben dem Schildknorpel ein Fremdkörper gefunden wurde, welcher sich als stark macerirter Theil einer Gerstenähre herausstellte.

SEIFERT.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Fritz de Beule. Experimentelle Untersuchungen über die motorische Innervation des Kehlkopfes beim Kaninchen. (Recherches expérimentelles sur l'innervation motrice du larynx chez le lapin.)** Le Nevraxe. Vol. 1. Fasc. 1. 1902.

Der Verf., ein Schüler van Gehuchten's, unterzieht zuerst die Frage, von welchen Nerven die einzelnen Kehlkopfmuskeln versorgt werden, einer kritischen Prüfung. Auf Grund persönlicher Beobachtungen wollte er entscheiden, ob das klassische Schema Longet's ohne Vorbehalt angenommen werden kann, oder ob man vielmehr nach dem Beispiel Exner's an eine doppelte oder sogar bilaterale Innervation glauben muss.

Er hat sich zweier Untersuchungsmethoden bedient: Erstlich hat er die nutritiven Veränderungen studirt, die in den verschiedenen Kehlkopfmuskeln zu Tage treten, wenn einer oder mehrere Nerven durchschnitten sind; ferner hat er die nach elektrischer Reizung der einzelnen Kehlkopfnerven an den Muskeln auftretenden Contractionen zum Gegenstand seiner Betrachtung gemacht.

Seine Untersuchungen an Kaninchen haben ihn zu folgenden Ergebnissen geführt:

1. Der N. laryngeus superior und N. laryngeus medius versorgen jeder eine bestimmte Partie des M. crico-thyreoideus.

2. Der N. laryngeus inferior besorgt für sich allein die Innervation aller übrigen Kehlkopfmuskeln.

Diese Innervation ist durchaus einseitig, ausgenommen vielleicht für den M. ary-arytenoideus.

Verf. wendet sich dann der Frage zu, ob der Pneumogastricus und der Accessorius beide an der Innervation des Kehlkopfes betheiligt sind, und, wenn dies der Fall ist, welche Rolle einem jeden von beiden dabei zufällt.

Aus den zu diesem Zweck unternommenen Versuchen folgert Verf., dass der Accessorius mit seinem bulbären Antheil an der motorischen Innervation des Larynx betheiligt ist, und zwar den M. thyreo-arytenoideus internus und externus versorgt.

Ein drittes Capitel ist dem Studium der bulbären Localisation der Kehlkopfnerven gewidmet; Verf. untersuchte die chromatolytischen Erscheinungen nach

Zerreissung der verschiedenen, in Frage kommenden Nerven. Er ist zu folgenden Ergebnissen gelangt:

Die Ursprungszellen der motorischen Fasern des N. laryngeus superior finden sich über die beiden unteren Drittel des dem Vagus angehörenden Antheils des Nucleus dorsalis verstreut. In derselben Höhe und mit dem eben erwähnten eng vermischt finden sich die Ursprungszellen für die motorischen Fasern des pharyngealen Astes und des N. laryngeus medius.

Was die Ursprungszellen des N. laryngeus inferior betrifft, so nehmen sie z. Th. die unteren zwei Drittel der dem Vagus angehörenden Portion des Nucleus dorsalis ein und sind auf's engste mit den Ursprungszellen der beiden erst erwähnten Nerven untermischt, z. Th. finden sie sich, für sich allein, in den drei oberen Vierteln der spinalen Portion desselben Kerns.

Nach Zerstörung des Nucleus dorsalis beim lebenden Kaninchen hat Verf. unmittelbares Aufhören der Athembewegungen des entsprechenden Stimmbandes und Stillstand derselben in Cadaverstellung eintreten sehen.

J. Broeckaert (Gent).

b) Henry Deygas. **Die doppelseitigen completen Recurrenslähmungen peripheren Ursprungs. (Les paralysies bilatérales complètes du nerf récurrent laryngé d'origine périphérique.)** Thèse de Lyon. 1902.

Diese wichtige, unter der Aegide Garels (Lyon) entstandene Arbeit, die sich mit der Symptomatologie der completen doppelseitigen Recurrenslähmung beschäftigt, giebt einen Gesammtüberblick über die zahlreichen, bisher über diesen Gegenstand erschienenen Publicationen. Der Leser findet die Theorien über die Pathogenese der Recurrenslähmung in ungemein klarer Form auseinandergesetzt, von Semon's ersten klinischen Beobachtungen bis zu den jüngsten experimentellen Untersuchungen.

Die doppelseitige complete Recurrenslähmung ist selten; D. hat nur 30 Fälle peripheren Ursprungs zusammenstellen können. Noch seltener freilich ist die Lähmung centralen Ursprungs. (Anm. d. Ref.: Ich kann bestätigen, dass ich auf Grund zahlreicher Beobachtungen an der Salpêtrière zu derselben Anschauung gelangt bin; man findet oft beide Stimmbänder in Mitleidenschaft, jedoch eine complete beiderseitige Lähmung ist selten.) In einigen Fällen beruht die peripher entstandene Lähmung auf einer infectiösen Neuritis; gewöhnlich handelt es sich jedoch um eine Compression der Nerven durch ein Oesophaguscarcinom, ein Aortenaneurysma, eine Struma, Cervical- oder Mediastinalgeschwülste. Sehr häufig lassen sich zwei zeitliche Perioden unterscheiden: in der einen besteht Diphthongie der Stimme, in der zweiten Aphonie. Bisweilen vollzieht sich der Uebergang von der einen Periode zur anderen in durchaus brüsker Form, was von Garel als „Ictus laryngoplégique" bezeichnet wird. Die Symptome sind: Phonatorische Luftverschwendung; mehr oder minder vollkommene Aphonie, Fehlen von dyspnoischen Erscheinungen in der Ruhe, intermittirende suffocatorische Krisen; bei der laryngoskopischen Untersuchung erblickt man die Stimmlippen unbeweglich in Cadaverstellung.

Der Verf. giebt einen Ueberblick über diese verschiedenen Symptome, erörtert

die Diagnose, betont besonders die Bedeutung des Compressionshustens als diagnostisches Zeichen und widmet eine ausführliche Besprechung der Pathogenese. Die complete Laryngoplegie stellt das letzte Stadium der Recurrenslähmungen dar; wogegen Stenose und Medianstellung der Stimmlippen charakteristisch ist für das Anfangsstadium. D. zeigt in einer kritischen Besprechung der Arbeiten von Semon, Krause und Grossmann, dass die Auffassung von der primären Lähmung der Abductoren in Folge der grösseren Vulnerabilität der respiratorischen Nervenfasern die einzige ist, die sowohl mit den experimentellen Untersuchungen, wie mit den zahlreichen klinischen, von überall her berichteten Thatsachen in Einklang zu bringen ist.

In der ausgezeichneten Arbeit ist ferner ein Ueberblick über die schon veröffentlichten und detaillirten Angaben über noch nicht publicirte Fälle eigener Beobachtung enthalten; im Ganzen 7 Krankheitsgeschichten. A. Cartaz.

c) **Broeckaert** (Gent). **Studie über den Nerv. laryng. recurrens; dessen normale und pathologische Anatomie und Physiologie. (Etude sur le nerf récurrent laryngé; son anatomie et sa physiologie normales et pathologiques.)** La Presse oto-laryngolog. Belge. No. 11. 1902.

Im ersten Theile dieser im physiologischen Laboratorium der Genter Universität ausgeführten Arbeit bespricht der Autor die normale Anatomie und Physiologie des N. recurrens, sich stützend auf die Arbeiten von Lermoyez, Onodi und van Gehuchten.

A. Corticale Kehlkopfcentra.

Nach der gegenwärtigen Anschauung hängt die active willkürliche Adduction der Stimmbänder von einem „phonatorischen“, die willkürliche Abduction derselben von einem „respiratorischen Rindencentrum“ ab; in Wirklichkeit sei aber die Existenz des Rindencentrums für die Glottiserweiterung nur beim Hunde und der Katze nachgewiesen und nichts gestatte, dasselbe beim Menschen zu vermuthen.

Krause gebührt das Verdienst, das phonatorische Rindencentrum für den Kehlkopf nachgewiesen zu haben, weshalb es auch den Namen „Krause'sches Centrum“ erhalten hat. Dieses Krause'sche Centrum befindet sich beim Hunde in dem vorderen äusseren Theil des Gyrus praecrucialis und zwar in beiden Hemisphären. B. kommt nach seinen Experimenten zu den gleichen Resultaten, wie Semon, Horsley, Onodi und Klemperer im Gegensatz zu Masini: „Der bilaterale Effect jedes Centrums scheint ihm erwiesen“. Die Zerstörung dieser Centren sind „von deutlich ausgesprochenen Phonationsstörungen begleitet. Das Thier bringt nur noch klägliche Töne hervor, ein monotones Knurren nach Art junger, neugeborener Hunde. Wenn man eine Reflexaction der Stimmbänder auslöst, so ist der Hund nur im Stande einen schrillen Ton, „Fistelton“, hervorzubringen, der keineswegs dem ursprünglichen charakteristischen Bellen entspricht“. Diese dysphonischen Störungen operirter Hunde halten aber nicht an: nach einigen Wochen recupirt das Thier allmälig durch eine Art neuen Erlernens die Fähigkeit zu bellen. B. ist hier im Gegensatz zu Krause, Ivanow, Aronson und hauptsächlich Katzenstein, welcher das Ausfallen des Bellens der Erkrankung des Thieres

und nicht der Zerstörung der Centren zuschreibt. Zu den gleichen Schlüssen wie B. sei übrigens auch Griner gelangt; „der Hund verliere während einiger Zeit die Fähigkeit zu den für die Phonation nothwendigen Bewegungen der Stimmbänder". Nach B. handelt es sich um die Herausbildung eines neuen psychomotorischen Bellcentrums in den benachbarten Centren nach bekannten physiologischen Grundsätzen. Die Annahme eines supplementären activen Adductionscentrums, „prätuberantiellen Centrums", kann er sich trotz der neuesten Arbeit Onodi's nicht erwehren, ernsthaft zu bezweifeln.

B. Bulbäre Kehlkopfcentren.

B. bekennt, dass der exacte Sitz der bulbären Kehlkopfcentren zur Zeit des Niederschreibens dieses Kapitels noch nicht endgültig festgestellt ist. A priori nimmt er mit Semon, Horsley und anderen Autoren 2 bulbäre Kehlkopfcentren „ein respiratorisches" und ein „phonatorisches" an. Das erstere bulborespiratorische Centrum repräsentirt das Reflexcentrum für die Abductionsbewegungen der Stimmbänder, das letztere „bulbophonatorische Centrum", das Reflexcentrum für die Adduction der Stimmbänder. Nach Besprechung der Arbeiten von Semon und Horsley, Grabower, Dees, Marinesco, Onuf und Collius, von Holm und schliesslich von Bunzl-Federn geht er ausführlich auf die Untersuchungen von Fritz de Beule, Schüler van Gehuchten's, welche in einer vom letzten Universitätsconcours preisgekrönten Schrift niedergelegt sind, ein, weil dieselben in jedem Punkte mit den seinigen übereinstimmten und zahlreicher und completer wären. — de Beule hat an einer grossen Anzahl Kaninchen bald die isolirte Zerreissung eines jeden der zwei Kehlkopfnerven, des Laryng. sup. und infer. oder des Pharyngealastes, von dem der Laryng. med. abstammt, bald die combinirte Zerreissung der drei Nervenäste einer Seite vorgenommen. 8—11 Tage nach Ueberleben des Thieres untersuchte er die verschiedenen Bulben nach der Methode von Nissl und kommt zu folgenden Schlüssen:

„Die Ursprungszellen der motorischen Fasern des Nerv. laryng. sup. finden sich die über die ganze Höhe der zwei unteren Drittel der dem Pneumogastricus angehörigen Partien des „Dorsalkerns" zerstreut; auf diesem Niveau und intim mit den vorhergehenden vermengt, begegnet man den Zellen, aus welchen die motorischen Fasern des Pharyngealastes, mithin des N. laryng. med. hervorgehen.

Was die Ursprungszellen der motorischen Fasern des Nerv. laryng. inf. anbelangt, so nehmen diese zum Theil die zwei unteren Drittel der dem Pneumogastricus angehörigen Dorsalkernportion ein, vermengt mit den Ursprungsstellen der beiden obigen Nerven, zum Theil für sich allein die drei oberen Viertel der Spinalportion desselben Kerns".

Das Bulbuscentrum für die motorische Kehlkopfinnervation ist demnach beim Kaninchen repräsentirt durch einen einzigen zusammenhängenden Kern, welcher „ungefähr die 6 mittleren Achtel des Dorsalkerns ausmacht".

Das physiologische Experiment bestätigte die anatomischen Conclusionen de Beule's, und Broeckaert unternahm im Verein mit den Neurologen de Buck Nachprüfungen, indem sie die chromolytischen Veränderungen der Nervenzellen studirten, welche das Ausreissen jedes motorischen Gehirnnerven be-

gleiten und ein unfehlbares Mittel bilden, das Problem des reellen Ursprungs dieser Nerven zu lösen. Aus ihren Experimenten resultirt nun, dass das Innervationscentrum der Kehlkopfmuskeln — wenigstens beim Kaninchen — localisirt werden muss in dem motorischen Dorsalkern des Vagus auch Pneumospinal- oder Vagospinal-Kern genannt.

Bezüglich der Präcision derjenigen Partie des Kerns, welche das „Respirationscentrum" bildet, somit speciell den respiratorischen Bewegungen, denjenigen der Abduction der Stimmbänder vorsteht, so scheinen B. alle von den Autoren vorgebrachten Lösungen hypothetisch und sicher nicht auf evidenten Beweisen beruhend. Dank der beweiskräftigen Arbeiten van Gehuchten's und seiner Schüler sei heute der unleugbare Beweis der motorischen Natur des Dorsalkerns des Vagus geliefert und die wenigen Experimente des Autors konnten diese Resultate nur bestätigen. Das Respirationscentrum resp. das der Glottiserweiterung ist in dieses Centrum zu verlegen, während der andere Act der Inspiration „und die Brusterweiterung" nothwendigerweise ein distinctes Bulbärcentrum besitzen. Da es nun der Musc. cricoarytaenoid. post. ist, dem allein die dilatatorische Function der Glottis, die respiratorische Function zukommt, so resumirt sich das Problem in der Aufsuchung der Bulbärlocalisation desjenigen Nerven, welche den abducirenden Muskel innervirt. Da nun einerseits, wie die Untersuchungen von Onodi, Grossmann, Grabower und von de Beule dargethan haben, die Zerreissung der Wurzelfasern des Nerv. spinal. bei der Innervation des Musc. cricoarytaenoid. nicht intervenirt, andererseits de Beule nachgewiesen hat, dass die hintere Hälfte des Dorsalkerns allein im Zusammenhang mit dem Spinalnerven steht, so kommt B. zu dem Schluss, dass das Respirationscentrum ungefähr in dem vorderen Drittel des motorischen Kehlkopfcentrums seinen Sitz hat.

Auf das bulbophonatorische Centrum, welches im Grunde die bulbäre Vertretung aller beim Phonationsact betheiligten Kehlkopfmuskeln hat, geht B. nach dem Bekanntsein des bulborespiratorischen Centrums nicht mehr ein; die specielle Localisation jedes Muskels übersteigt seine Kräfte.

C. Der Nervus recurrens.

1. Ursprung des Nervenstammes.

Welchen Antheil nehmen die Nervenfasern des Willis'schen Nerven und welchen die des Pneumogastricus an der Zusammensetzung des Nervenstammes des Recurrens? Für die einen Autoren stammt der Recurrens ausschliesslich vom Spinalnerven, für die anderen nur vom Pneumogastricus ab.

Nach Grossmann (Exner'sche Schule), welche die 3. Bulbärgruppe ganz dem XI. Paare angehörig betrachtet, wäre diese ganz ohne allen Einfluss auf den Kehlkopf, so dass der Spinalnerv gar keinen Antheil an der Kehlkopfinnervation hätte.

Nach Grabower übernimmt der Pneumogastricus allein die Innervation des Larynx; ebenso nach Rethi.

Die letzten Arbeiten über diese Frage rühren von der Löwener Schule her, von van Gehuchten und seinen Schülern Bochanek, van Bieroleit

und neuerdings von De Beule, welcher den anatomischen Untersuchungen jener das physiologische Experiment hat folgen lassen, indem er die Bulbärwurzeln des Spinalis und des Pneumogastricus ausriss und darauf hin die Glottisstörungen beobachtete.

De Beule kam zu folgenden Schlüssen:

1. „Nach dem intrarachidiellen Ausreissen des Spinalis zeigt sich die Waller'sche Degeneration nur allein am Laryng. infer. und auch da erstreckt sie sich nur auf eine gewisse Anzahl von Nervenfasern. Der Laryng. super. und med. und die unversehrt gebliebenen Recurrensfasern sind demnach vom Pneumogastricus abhängig.

2. Das isolirte Abreissen der Bulbärwurzeln des Pneumogastricus hebt sofort die respiratorischen Bewegungen des entsprechenden Stimmbandes auf, und die Reizung des gemeinsamen Vagusstammes bei Thieren, welche 3 Wochen zuvor das intracranielle Ausreissen des Spinalis überstanden hatten, löst Glottisbewegungen aus."

De Beule untersuchte sodann, welcher Antheil einem jeden dieser Nerven an der motorischen Innervation des Larynx zukomme und fand, dass „der Spinalis den Thyreoarytaenoid. extern. innervire, während der Pneumogastricus die Motilität aller übrigen Kehlkopfmuskeln besorgt".

Damit wäre man wieder auf die Theorie zurückgekommen, wie sie vor 50 Jahren von Cl. Bernard aufgestellt wurde; die so grundverschiedenen Resultate der anderen Autoren schreibt B. der Uneinigkeit zu, welche bezüglich der Begrenzung der Wurzeln des Pneumogastricus und des Spinalis herrschen, und eine allgemeine Verständigung darüber würde sofort jede Ursache der Uneinigkeit beseitigen.

Van Gehuchten hat nun experimentell nachgewiesen, dass der Dorsalkern in offenbarem Zusammenhang mit dem Medullarbündel des Spinalis stehe, welchen Ast man seinem Ursprung gemäss als Ram. intern. bezeichnet, während der Ram. extern., der den Sternocleidomast. und den Trapez. innervirt, aus den Medullarwurzeln gebildet wird und dessen Kern somit ohne allen Zweifel ein reiner Medullarkern ist, unabhängig vom Dorsalkern des Vagus; man muss daher streng zwischen dem Accessor. spinal., welcher die Nackenmuskeln innervirt, und dem Vagospinalis, welcher es mit der Innervation des Larynx zu thun hat, unterscheiden. — Es wäre daher viel logischer, alle Wurzeln, welche ihre Entstehung im Bulbus nehmen, und die vom motorischen Dorsalkern herstammen, dem Pneumogastricus zuzuschreiben oder vielmehr einem Nerven, den man mit dem Namen Vagospinalis oder Pneumospinalis bezeichnen könnte. Jedenfalls kann der Recurrens nur aus diesem Nerven, event. dem Pneumospinal. entstehen. Inzwischen, so lange die alte Nomenclatur beibehalten werde, müsse die Frage im Sinne der Löwener Schule entschieden werden, nämlich dass der Bulbärspinalis einen unanfechtbaren Antheil an der Innervation der Kehlkopfmuskeln nimmt, wenn auch die Respiration nach seiner Zerstörung weiter vor sich geht.

2. Die Natur des Nerv. recurrens.

Ist der Recurrens ein „rein motorischer Nerv", wie Longet und Luschka

seit alter Zeit, oder ist er ein „gemisch'ter Nerv", wie Burckhart und zuvor schon Pflüger und Valentin angenommen haben?

An die letzte Theorie haben sich Braun und mit ihm Masini, Lüscher und Rethi auf Grund ihrer Experimente angeschlossen, während Hooper und dann Semon und Horsley, Burger positiv nachgewiesen haben, dass der Recurrens keine centripetalen Fasern enthalte, mithin ein rein motorischer Nerv sei. Eine aparte originelle Stellung nimmt ausserdem noch Onodi ein, welcher dem Recurrens sensible Fasern zuschreibt, welche dieser aber dem Laryng. super. entlehne (Ansa Galieni); dessgleichen Kaudarezky und Katzenstein.

B. wiederholte in erster Linie durch eigene Versuche die Krause'schen und kommt zu der Ueberzeugung, dass die centrale Reizung des Recurrens keine Wirkung auf den Kehlkopf ausübe, dann bestätigte er in zweiter Linie, um etwaigen Einwürfen begegnen zu können, seine Conclusionen durch eine Reihe von Experimenten, die darin bestanden, dass er nach Abreissen des Nerven die in Chromatolyse befindlichen Zellen der Jugular- und knotenförmigen (plexiformen) Ganglien des Pneumogastricus, welche die Sammelcentren aller im Recurrens enthaltenen sensiblen Fasern bilden, aufsuchte. Er begegnete nun in keinem seiner zahlreichen, sehr feinen und colorirten Schnittpräparate „Zellen in Chromatolyse": „alle Zellen ohne Ausnahme erscheinen gesund und haben absolut ihr charakteristisches normales Aussehen".

Daraus resultirt, dass der „Nerv. recurrens als exclusiv motorischer Nerv zu betrachten ist".

3. Distribution des Nerv. recurrens.

Die allgemein angenommene klinische Anschauung Longet's, dass der Nerv. recurrens alle Larynxmuskeln innervire, mit Ausnahme des Crico-thyroid., welcher vom äusseren Aste des Laryng. sup. versorgt werde, erlitt einen ernsten Angriff durch Exner mit seinen Schülern, welcher eine doppelte Innervation des Larynx proclamirte und am Kaninchen einen supplementären Kehlkopfnerven des Laryng. med., nachwies, welcher im Verein mit dem Laryng. sup. den Cricothyroid. innervire, alle anderen Muskeln, mit Ausnahme des Thyreoarytaenoid. ext., hingen zugleich vom Laryng. sup. und recurrens ab. Diese neuen Annahmen wurden nicht ohne Widerspruch acceptirt und wurden zahlreichen Nachprüfungen unterworfen. Die eine anerkannte die theilweise Richtigkeit der Theorie Exner's (Wagner, Rethi beim Kaninchen; Onodi und Liven beim Hunde), andere, Katzenstein und Simanowsky, bekämpften seine Theorie und schlossen sich der classischen Beschreibung an. Die letzten diesbezüglichen Untersuchungen rühren von De Beule her, welcher nach zahlreichen Untersuchungen zu folgenden Resultaten gelangt ist:

1. der Nerv. laryng. sup. und med. innerviren, ein jeder für einen gewissen Theil, den Muscul. crico-thyroid.,

2. der Laryng. infer. steht für sich allein der Innervation aller anderen Kehlkopfmuskeln vor.

Diese Innervation ist streng unilateral, mit Ausnahme vielleicht vom Ary-arytaenoid.

B. fand bei seinen persönlichen Untersuchungen hinsichtlich der Existenz des Nerv. med. beim Menschen, dass derselbe bei diesem absolut nicht vorhanden ist, und er sieht in ihm mit Onodi einen anormalen Ast, der nur bei einigen Thieren nachgewiesen, in Wirklichkeit aber dem Laryng. super. angehört.

Um das Problem der motorischen Vertheilung der Larynxnerven zu lösen, hatte B. vor einigen Jahren bei einer gewissen Anzahl Hunden den Recurrens resecirt und bei den überlebenden Thieren nach $1^1/_2$—2 Minuten jeden der Kehlkopfmuskeln excidirt und der Marchi'schen Methode unterworfen. Zu seinem grössten Erstaunen fand er keine trophischen Störungen in der Kehlkopfmuskulatur, obgleich er sehr ausgesprochene degenerative Veränderungen, besonders im Abductormuskel, der am wenigsten widerstandsfähig und am verwundbarsten gelte, erwartet hatte. Er nahm nun von Neuem seine Untersuchungen wieder mit grösserer Sorgfalt auf, indem er von jedem Muskel nach vorheriger Erhärtung in 10 proc. Formol Schnittpräparate anlegte, und zwar bei ganz jungen Thieren, und da fand er, nach der isolirten Section des Laryng. infer. beim Kaninchen, nach 6 Wochen sehr augenscheinliche Modificationen des Thyro-arytaenoid. ext. auf der entsprechenden Seite. Alle anderen Muskeln, insbesondere der Crico-arytaenoid. poster., schienen absolut normal.

Das gleiche Resultat erzielte er beim Hunde: eine sehr deutliche Atrophie des Thyro-arytaenoid ext. der entsprechenden Seite.

De Buck, welcher den Pneumogastricus beim Meerschweinchen durchtrennt hatte, kam zu den gleichen Schlüssen. Die Durchtrennung des Laryng. sup. und des mittleren Astes beim Hund und Kaninchen war nach 6 Wochen Ueberlebens gefolgt von einer leichten einfachen Atrophie des Crico-thyroid. mit Intactsein der übrigen Muskeln.

Aus diesen Experimenten schliesst B., dass man ausschliessilch dem Laryng. infer. höchstens einen einzigen Muskel, nämlich den Crico-thyroid. ext., und den Nerven Laryng. sup. et med. nur den Crico-thyroid. zuschreiben dürfe. Für den Augenblick will er nicht nachforschen, ob die reactionelle Indifferenz der anderen Muskeln von der Existenz einer doppelten oder bilateralen Innervation oder der weniger grossen Vulnerabilität dieser Muskeln abhängt; er reservirt sich das für den 2. Theil seiner Arbeit. Bayer.

d) Sitzungsbericht der Jahresversammlung der Belgischen oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 1. Juni 1902 in Brüssel.

Vorsitzender: Ch. Goris.

Vormittagssitzung im St. Johannes-Hospital.

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung mit der Begrüssung der auswärtigen Gäste, der Herren: Lermoyez, Mahu, Martin aus Paris; Naquet aus Lille; Dipontre aus Cambrai und Bourlow aus Valenciennes.

I. Krankenvorstellung.

Labarri: Ein complicirter Fall von Nebenhöhlenerkrankung.

L. stellt einen Kranken vor, der an einer Sinusitis maxill. nach Luc operirt worden war, worauf sich eine Orbitalcomplication einstellte, herrührend von einer Sinusitis frontalis mit ausgedehnter Caries des Orbitalgewölbes. Bei einem neuen Eingriff kam man auf einen Eiterherd zwischen der Dura frontal. und der Orbitalapaneurose, welcher entleert wurde.

Goris: Nasalcomplication bei einer Orbitalaffection.

Holzsplitter im Auge vor $2^1/_2$ Jahren; Enucleation; seit einiger Zeit Nasenblutungen mit häufigen Schwindelanfällen und Schmerzen in der Reg. parietal; operativer Eingriff, der sich bis zur aufsteigenden Apophyse des Oberkiefers erstreckte; Entfernung eines $2^1/_2$ cm langen Holzsplitters aus der oberen äusseren Nasenwand; sorgfältige Naht; Heilung beinahe ohne eine Spur zu hinterlassen.

Cheval: Voluminöses Pharynxlipom.

Bei einer 33jährigen Frau Geschwulst hinter dem rechten hinteren Gaumenbogen, vom Rachengewölbe bis zum Kehlkopfeingang reichend und diesen überwölbend; Enucleation nach vorausgeschickter Tracheotomie. Vollständige Heilung nach 7 Tagen.

Broeckaert (Gent) stellt einen Kranken vor mit einer Sattelnase, corrigirt durch Paraffininjectionen. Demonstration der Technik.

Delie (Ipres) hat ebenfalls die Paraffininjectionen mit Erfolg angewandt. Seine Technik weicht um ein Weniges von der Broeckaert's ab.

Delsaux stellt eine Reihe Kranker vor, darunter:

Eine Frau mit einer Eiteransammlung im Retropharyngealraum; eine hühnereigrosse Lymphdrüsenanschwellung in der rechten Cervicalgegend; eine eiternde Lymphdrüse links über der Clavicula; er fragt sich, ob Congestionsabscesse oder secundärer Abscess vertebralen Ursprungs oder vereiternde Retropharyngealadenitis vorliegt?

Einen Patienten mit tuberculöser Ulceration des Zungenrandes. Besserung auf Bepinselung mit Milchsäure. Der Patient hat eine Laryngitis tuberc. und Lungencavernen.

Und endlich einen Patienten mit persistirender Aphonie in Folge von Prolaps des Ventr. Morgagni. Beginn der Erkrankung nach einer Ueberanstrengung der Stimme begleitet von heftiger Dyspnoë. Die Affection wurde anderwärts lange Zeit als tuberculös angesehen und behandelt.

Hennebert zeigt mikroskopische Präparate vor von einer blinden äusseren Cervicalfistel, an der Vorderseite des Larynx, in der Mittellinie gelegen. Das Cylinderepithelium lässt keinen Zweifel über deren Ursprung aus dem Respirationstractus.

Ferner stellt er einen Fall vor von ausgedehnter tuberculöser Infiltration der linken Hälfte der hinteren Pharynxwand. Die Behandlung, bestehend

in Bepinselungen mit Milchsäurelösungen in progressiver Concentration, führte nach 4 Monaten einen beinahe vollständigen Schwund der Erkrankung herbei.

II. Vorzeigen anatomischer Praeparate.

Rousseaux (Brüssel) zeigt ein paar durch ihr seltenes Vorkommen interessante anatomische Präparate vor. Das eine betrifft ein Myxom der Gaumenmandel, welches er zufällig bei einer an Otitis leidenden Patientin entdeckt hatte. Die Geschwulst hatte die Form und Dimension einer grossen Bohne und befand sich mit der einen Fläche gegen die Mandel angedrückt, und eingekeilt zwischen die beiden Gaumenbögen. Ein sehr kurzer dünner Stiel verband sie mit dem oberen Ende der Mandel. Vorzeigen mikroskopischer Schnitte.

Das zweite Präparat stellt ein voluminöses Larynxfibrom vor, welches er auf natürlichem Wege entfernt hatte; dasselbe hat eine Länge von 35 mm und eine Breite von 10—18 mm Durchmesser, sass der vorderen Commissur 1 mm oberhalb des rechten Stimmbandes mit seinem dicken Ende auf. Sein hauptsächlichstes Symptom, die Dyspnoe, steigerte sich manchmal zu förmlichen Erstickungsanfällen, besonders nach Anstrengung, Erkältungen während des Schlafes, wahrscheinlich, da sich die Geschwulst über die Glottis legte. Die Entfernung gelang mit der kalten Schlinge unter einem ziemlich beträchtlichen Zug, da der Tumor fest an das Perichondrium, seinen Ursprungsort, geheftet war.

Capart jr. zeigt den Larynx eines Mannes vor, welcher an Leptomeningitis in Folge einer Mastoiditis Bezoldii gestorben war, vor. Derselbe hatte vor 20 Jahren in einem Duell einen Fleuretstich durch den Larynx bekommen, der die Tracheotomie benöthigt hatte. Die Glottis hatte nunmehr eine Länge von 1 mm Die Stimmbänder sind durch kleine Züngelchen ersetzt; trotzdem war die Stimme tief und ganz deutlich. Die Lungen waren frei von Tuberculisation trotz mangelnder Nasenrespiration!

Baco (Lüttich): Zwei Nasentumoren.

Der eine stammt von einem 40jährigen Mann und stellt einen Schleimpolypen vor, der zwar Eigenthümlichkeiten aufweist; einmal war er am Naseneingang auf der inneren Fäche des rechten Nasenflügels implantirt, und zweitens hatte er eine teleangiectatische Transformation erlitten, wie die rothbraune Farbe der Schnittfläche erweist, ohne dass vorher Hämorrhagien stattgefunden hätten: der andere hatte sich bei der 50jährigen Frau vor 3 Jahren durch wiederholte, schwer stillbare Blutungen angekündigt: die Neubildung, welche von Anfang an sich mit der unteren Muschel verschmolzen zeigte, verursachte allmählich unter verschiedenen galvanokaustischen Eingriffen einen vollständigen Nasenverschluss. Als B. die Kranke zum ersten Mal am 13. Decbr. 1901 sah, füllte die Geschwulst die linke Nasenhöhle aus, die knorpelige Nasenscheidewand nach rechts verdrängend und ragte als kleinhühnereigrosse Geschwülst in den Nasenrachenraum hinein, ausser einer mässigen Erweiterung des Nasenrückens war keine weitere Gesichtsdifformität zu constatiren: keine Lymphdrüsenanschwellung: ausgesprochene Anämie. Operation am 21. Dec. Medianrhinotomie: Medianschnitt mit Luxation des Nasenbeins; Erweiterung der Nasenöffnung durch Abtragen des

vorderen Randes der aufsteigenden Kieferapophyse bis zur Durchgängigkeit für den Finger; Zurückdrängen der Geschwulstmasse aus dem Nasenrachenraum mit dem Finger; wiederholte Curettage der Nasenhöhle abwechselnd mit Aufdruck von in Sauerstoffhyperoxydwasser getauchten Tampons, unter elektrischer Beleuchtung. Zum Schluss Ausstopfen mit Jodoformgaze und Naht. Normaler Wundverlauf mit Ausnahme eines drohenden Abscesses des Thränensacks. Rasche Erholung. Bis nach 5 Monaten kein Recidiv. Die Hauptmasse des Tumors, welcher sich als Cylindrom erwies, nahm die mittlere und obere Muschel ein, welche man noch deutlich erkennen konnte. Bei der Autopsie fand man eine Basilarmeningitis; einen hühnereigrossen Abscess im Schläfenlappen und einen im Kleinhirn sich bildenden Eiterherd.

Broeckaert explicirt an einem anatomischen Präparat eine neue Resectionsmethode des Trigeminus, welche er in einem Fall von Gesichtsneuralgie ausgeführt hatte.

Schiffers zeigt einen fibrösen Rachentumor vor, der mit breiter Basis der linken pharyngo-epiglottischen Falte und seitlichen Rachenwand implantirt den ganzen Larynxeingang einnahm und die Kehlkopfinspection unmöglich machte; ausserdem verursachte er Schlingbeschwerden und Respirationsstörungen nebst Klangveränderungen der Stimme. Seine Entfernung mit der kalten Schlinge bot keine Schwierigkeiten.

III. Demonstration von Instrumenten.

Cheval zeigt eine Modification des Instrumentariums von Lermoyez und Mahu vor für aërothermische Behandlung der Nasenaffectionen: ein Holländerscher aërothermischer Brenner, den man, sei es mit einem Kolben comprimirter Luft, sei es mit einem Richardson'schen Doppelgebläse in Verbindung setzt.

Trétrop (Antwerpen) demonstrirt seinen elektrischen Universaltisch für die oto-rhinolaryngologische Praxis; ferner einen kleinen elektrischen Tisch für Galvanokaustik, Diaphanoskopie und Elektroskopie; — einen streng sterilen Verbandskasten und endlich einen Specialwassermotor für oto-rhinolaryngologische Zwecke.

Delsaux zeigt eine automatische Spritze für Intratrachealinjectionen; ferner einen modificirten Mahu'schen Gaumenhaken, der wie eine Belloc'sche Röhre durch die Nase eingeführt wird.

Labarre demonstrirt eine specielle Operationszange für Septumdeviatomie; dieselbe bildet eine Modification der Moure'schen Scheere mit dem Vortheil, dass man die Branchen gesondert einführen kann, was die Operation ungemein erleichtert; sodann noch einen

Formolsterilisator für die in der laufenden Specialpraxis gebräuchlichen Instrumente.

Merck zeigt eine Zange vor, welche zur Trepanation des Sin. maxill. von der Nase aus, dient; die eine Zangenbranche ist zum Bohren, die andere zum Schneiden, nach Art einer Knopflochscheere; dieselben lassen sich auseinander



nehmen und ermöglichen die Anlage einer weiteren Communicationsöffnung zwischen Nase und Sinus nahe am Boden desselben.

Die Nachmittagssitzung wird im Solvay'schen Institut abgehalten.

IV. Berichte.

Ueber die Olfactometrie; Berichterstatter Capart jr.

So rudimentär auch beim Menschen der Geruchsapparat sein mag, so bietet er doch Erscheinungen, die beachtenswerth sind. Das Verschwinden des Geruchsvermögens ist mit Unannehmlichkeiten oder Gefahren verbunden, die der Specialist zu verhindern, möglichst bestrebt sein muss. Die Olfactometrie genügt zum Studium der noch zu wenig bekannten Vorgänge der Olfaction.

Zwaardemaker's Methode gestattet im gegebenen Falle die verschiedenen Formen der Anosmie zu unterscheiden, und eine geeignete Behandlung einzuleiten.

Nach Reutter gelingt es leicht zu erkennen, ob die Influenza-Anosmie dauernd oder vorübergehend ist. Er bemerkt ein Recidiviren der Nasenpolypen in den Fällen, in welchen die Rückkehr des Geruchs ausbleibt; er giebt sich der Idee hin, dass man es so weit bringen werde, vermittelst der Olfactometrie Entzündungen der hinteren Ethmoidal- und Sphenoidalzellen zu diagnosticiren.

Gradenigo constatirt Geruchsstörungen im Verlaufe von Ohraffectionen, und entdeckt so Catarrhe, welche man mit dem Auge nicht erkennen kann.

Von welcher Bedeutung die Bestimmung des Geruchsvermögens ist, sieht man z. B. bei beginnender Ozaena, bei welcher häufig der Geruch fehlt, aber sofort mit Entfernung der Krusten zurückkehrt; der beste Beweis dafür, dass es sich um ein rein mechanisches Moment handelt. — Wenn bei weiter vorgeschrittener Ozaena der Geruch bedeutend abgeschwächt ist, so muss man sich fragen, ob das nicht den Injectionen zuzuschreiben ist, die zu therapeutischen Zwecken vorgenommen wurden. In der That genügt es häufig dieselben durch die Schleimhautmassage zu ersetzen, um eine mit dem Olfactometer nachweisbare Verbesserung des Geruchs constatiren zu können. — Tronson hat den osmometrischen Coefficienten verschiedener Salze bestimmt, d. h. den Grad der Concentration, bei welcher die Geruchsempfindung keine Einbusse erleidet; er hat Formeln für Naseninjectionen angegeben, bei welchen man sich am wenigsten der Gefahr aussetzt, die so empfindlichen Geruchsepithelien zu alteriren. Ein offenbares Verdienst der Olfactometrie besteht darin, dass sie uns bestimmte Auskünfte über Irritationen der Nasenschleimhaut giebt, welche sich den allgemeinen Untersuchungsmethoden mehr oder weniger entziehen. Ausserdem ist die Anosmie ein im Verlaufe von Nervenkrankheiten häufig beobachtetes Symptom. Die Olfactometrie setzt den Specialisten in den Stand, der allgemeinen Medicin an die Hand zu gehen, indem sie den Sitz der Erkrankung präcisirt. Hebt denn nicht die Tabes manchmal mit dem Verlust des Geruchsvermögens an? C. hat die Ueberzeugung, dass der Olfactometer ein unentbehrliches Instrument werde, ohne dass man in gewissen Fällen nicht im Stande sei, die exacte Ursache einer Anosmie zu erkennen und dieselbe entsprechend rationell zu behandeln.

V. Mittheilungen.

Laurent empfiehlt bei Kindern die Nasenirrigationen in der Schrägstellung vorzunehmen; er schickt dieselben immer der Operation adenoider Wucherungen behufs Desinfection voraus.

Cheval zeigt einen aus dem Oesophagus eines Geisteskranken entfernten Fremdkörper vor: ein 30 cm langes Schnureisen mit einem Haken, welcher in der Höhe des Interarytänoidalraumes stecken geblieben. Das Ende des Hakens befand sich im Kehlkopf, der Körper im Oesophagus. Die Extraction gelang ohne Schwierigkeiten in der Rose'schen Lage.

Blondiau (Charleroi) theilt die Beobachtung eines jungen Mannes mit, der seit mehreren Jahren an einer Reflexepilepsie in Folge eines Lateropharyngealabscesses litt. Die Nekrose wurde durch eine von Dr. Depage ausgeführte Radicaloperation zur Heilung gebracht. B. glaubt, die epileptischen Anfälle einem von dem Eiterherdsacke auf den Sympathicus ausgeübten Druck zuschreiben zu müssen.

Goris betrachtet die Eröffnung eines Abscesses des Triang. pharyngo-maxill. vom Munde aus für speciell gefährlich, da man sich der Gefahr einer Verletzung der Ven. jugul. aussetze. Hingegen sei die Eröffnung desselben durch eine Incision hinter dem Sternomastoideus mit Einführen eines Fingers oder einer Hohlsonde den Gefässen entlang, wobei man direct und ohne Gefahr in das Pharyngomaxillar-Dreieck falle, sehr einfach.

De Stella (Gent) macht einen ausgiebigen Gebrauch vom Adrenalin in seiner Praxis; er hat dabei nie Allgemeinerscheinungen beobachtet; nach ihm beschränkt sich seine Wirkung auf die Applicationsstelle und verursacht keine Gefässstauung, ausser wenn man es in die Venen einspritzt.

Lermoyez bedient sich sich des Adrenalins, um bei kleinen Kindern mit der Rhinoscop. anter. die Diagnose auf adenoide Wucherungen stellen zu können.

Heyninx (Brüssel) macht eine Mittheilung über Somnoform, welches er über das Bromäthyl stellt, weil es diffusibler und weniger toxisch sei und einen raschen Schlaf ohne Excitationsstadium hervorbringe, und schliesslich plötzliches Erwachen ohne Stupor und Wanken. Die zahlreichen auf der Abtheilung von Delsaux damit gemachten Versuche haben nie irgend welche üble Zufälle, wie Erbrechen etc., zur Folge gehabt.

Laurent kann diese Angaben nur bestätigen.

Jauquet ist der Ansicht, dass, wenn das Bromäthyl so angewandt werde, wie er seiner Zeit angegeben habe, die Vorwürfe, welche man demselben mache, wegfallen würde.

Hennebert hat eine Reihe von Maxillarsinusiten mit methodischen Ausspülungen von Arg. nitr.-Lösungen behandelt. Er glaubt, dass die Sinusschleimhaut chemischen Medicationen ebenso zugänglich und heilbar sei, wie die chronische Cystitis. So mache er nach Punction des Sinus mit dem Jurasz'schen Troicart zuerst eine Ausspülung desselben mit Borsäurelösung und

lasse sofort durch die gleiche Canüle die mit einer Arg. nitr.-Lösung folgen, indem er den Kopf des Patienten verschiedene Stellungen einnehmen lasse, um alle Sinuswände mit der Lösung in Berührung zu bringen. Das Bad dauert mehrere Minuten. Dieses Vorgehen wird je nach dem Verhalten der muco-purulenten Secretion in mehr weniger grossen Intervallen wiederholt, und zu concentrirteren Lösungen von $^1/_{300}$ zu $^1/_{100}$ übergegangen, wenn die Reaction kurz dauert und wenig ausgesprochen ist. H. hat in 7 Fällen auf diese Weise mit 7—8 Ausspülungen die Affection auf ein Minumum reducirt, so dass sich die Kranken als geheilt betrachteten. Ein Fall war nach 17 Ausspülungen vollständig geheilt. Bei einer anderen Kranken musste wegen zu heftiger Schmerzen von der Behandlung Abstand genommen werden. Diese Behandlung sei besonders am Platze, wenn die Kranken einen Eingriff von der Fossa canina aus verweigern.

De Greifft (Antwerpen) setzt von Neuem seine operative Behandlung der Sinusitis maxillaris auseinander, die er in der vorjährigen Sitzung der Gesellschaft ausgesprochen und vertheidigt hat. Am Tage vor der Operation macht er eine möglichst vollständige Ausspülung des Sinus. Dann bricht er die vordere Sinuswand im Niveau der Fossa canina ein und entfernt sorgfältig die ganze Schleimhaut bis in die entlegenste Ecke unter der Controle des Fingers; dann geht er zu einer minutiösen Blutstillung über. Sobald diese erreicht ist, lässt er die Wangenschleimhaut über die Operationslücke heruntersinken und betrachtet die Operation als beendet.

Diese Methode hat er 23mal angewandt mit 15 unmittelbaren definitiven Heilungen. In 3 Fällen hatte sich seröse Flüssigkeit im Sinus angesammelt, welche mittelst der Luftdouche ausgetrieben wurde, worauf die Wundhöhle nach 2 bis 3 Tagen ihrem Schicksal überlassen werden konnte.

In 4 Fällen trat Eiterung in Folge von Zersetzung von im Sinus zurückgelassenem Blute ein. Seine Methode habe den Vorzug, die Operationsdauer bedeutend zu verkürzen, indem die Anlage einer Communicationsöffnung mit der Nasenhöhle, die regelrechte Tamponade des Sinus und die Wundnaht wegfallen.

Rege Discussion über die zwei Mittheilungen.

Broeckaert ist für eine weite Communicationsöffnung mit der Nasenhöhle: er macht zu diesem Zweck gewöhnlich die Resection der unteren Muschel. Er hat die Luc'sche Operation 9mal ausgeführt mit 7 Heilungen.

Cheval glaubt, dass bei den Maxillarsinusitiden die Schleimhautveränderungen derart seien, dass Ausspülungen, von welcher Art sie auch sein mögen, keine Heilung zu Stande bringen können. Nach ihm sei die Radicaloperation unbedingt nothwendig.

Eeman ist zwar für die Radicaloperation, theilt aber die Ansicht, dass es Pflicht jedes Practikers sei, sein Möglichstes zu thun, um dieselbe zu vermeiden. Zum Beweis dafür führt er einen triftigen Fall an.

Goris ist der Ansicht, dass man immer operiren müsse, theilt aber nicht die Meinung de Greifft's, dass man die Schleimhaut systematisch entfernen müsse.

Hennebert kann nicht begreifen, warum es gerade für die Pathologie der Sinusschleimhaut specielle Regeln geben solle, da man doch bei Erkrankungen

anderer Schleimhäute, wie der der Blase, durch den Gebrauch umstimmender Lösungen eine Heilung zu erzielen im Stande sei.

Jauquet findet das Verfahren de Greifft's sehr logisch, obgleich er dasselbe nicht aus persönlicher Erfahrung kenne. Bevor man kritisire, müsse man prüfen. Die complete Entfernung der Schleimhaut scheine ihm ein unanfechtbares Moment für einen Erfolg abzugeben.

Broeckaert macht eine Mittheilung über die Behandlung der Ozaena durch Wiederherstellung der Muscheln durch Gaïoformvaselin.' Er hat bei 3 Kranken das Verfahren erprobt. Das Resultat war eine offenbare Modification der Absonderungen, welche rasch zur Abnahme kommen. In einem Falle stellte sich das Geruchsvermögen wieder ein; einmal beobachtete er in Folge der Injection Facialphlebitis, gefolgt von einem Lungeninfarct. Die Kranke genas übrigens ohne weitere üble Zufälle.

B. räth an, Injectionen von ganz geringen Quantitäten Paraffin in öfteren Wiederholungen vorzunehmen. Bayer.

---

e) Französische Gesellschaft für Laryngologie und Otologie.

Mai 1902.

Collinet (Paris): Behandlung der fibrösen Kehlkopfstenosen.

C. hat zum Gegenstand seines Berichts die narbigen und die auf chronisch entzündlicher Basis beruhenden Larynxstenosen gemacht. Die Behandlung dieser Stenosen theilt er ein in die praeventive, palliative und eigentlich causale. Die Praeventivbehandlung macht es sich zur Aufgabe, gegen die Momente anzukämpfen, die gelegentlich spontan oder in Folge von Traumen zur Entstehung von Stenosen führen können, also sorgfältige Behandlung und Ueberwachung der verschiedenen acuten, phlegmonösen oder im Verlauf der fieberhaften Exantheme auftretenden Laryngitiden, im Falle eines Traumas den Umständen angemessenes Eingreifen. Bei Verbrennungen ist die Tracheotomie der Intubation vorzuziehen. Bei Fracturen kann die Tracheotomie oder Intubation oder Thyreotomie in Frage kommen. Bisweilen kann die Stenose die Folge chirurgischer Eingriffe sein (hohe Tracheotomie, Cricotomie, extra- und endolaryngeale Operationen).

Palliativ-Behandlung: Tracheotomie.

Causale Behandlung: Es bestehen zwei Methoden: die Dilatation und die Beseitigung der Verengerung auf chirurgischem Wege.

Die Dilatation kann vor oder nach der Tracheotomie vorgenommen werden und zwar vorher, wenn die Stenose weit genug ist, um die Einführung von Instrumenten, wie Schrötter'sche oder O'Dwyer'sche Tuben oder Dilatatoren mit divergirenden Branchen zu gestatten. Die Dilatation nach vorausgegangener Tracheotomie stellt ein leicht anzuwendendes Verfahren dar, sei es, dass sie vom Munde oder von der Tracheotomiewunde aus vorgenommen wird. Man bedient sich der Egidi'schen Methode, der metallischen Mandrins von Garel oder der Boulay'schen Katheter.

Bei der prolongirten Dilatation lässt man Dauertuben mehr oder minder

lange Zeit liegen; hier kommt die Schrötter'sche Zinnbolzenbehandlung, O'Dwyer'sche Tuben, die Luning'sche Canüle, die T-Canülen, Laminariastifte etc. in Anwendung.

Wenn die Art und der Sitz der Verengerung es zulassen, kann man die fibrösen Massen auf chirurgischem Wege durchtrennen oder exstirpiren; man hat die Wahl unter einer grossen Anzahl von verschiedenen Autoren zu diesem Zweck angegebenen Instrumenten.

Die Elektrolyse ist bisher diesem Zweck wenig dienstbar gemacht worden; doch besitzen wir in ihr ein werthvolles Mittel, das den übrigen Behandlungsmethoden der Larynxstenosen angereiht werden kann.

In gewissen Fällen kann es nöthig werden, um an die verengte Stelle heranzukommen, dass man eine Operation von aussen unternimmt, d. h. eine totale oder partielle Eröffnung des Larynx in der Mittellinie. Die wichtigste Aufgabe nach dieser Operation besteht darin, zu verhindern, dass die Stenose sich wieder bildet. Diesem Zweck dienen: Die gewöhnlichen Intubationsröhren, die Kehlkopf-Tracheal-T-Canüle, die Mikulicz'sche Glascanüle, eine Caoutschuck-Tube mit dicken und widerstandsfähigen Rändern. Die Thiersch'sche Hauttransplantation verdiente ebenfalls öfter angewendet zu werden.

Haben alle Mittel fehlgeschlagen, so kommt nur die partielle, eventuell auch die totale Resection des Organs in Betracht, wenn die Stenose noch mit eitrigen Processen complicirt ist.

Boulay (Paris): Die Dilatation ist ein sehr langwieriges Verfahren, doch kommt es sehr auf die Längsausdehnung der Verengerung an. Die elektrolytische Nadel ist nur für bestimmte Fälle anwendbar, die lineare Elektrolyse bietet keinen Vortheil.

Ruault (Paris): In Anbetracht der Schwierigkeit, die es mache, Sitz, Höhe und Ausdehnung der Stenose zu bestimmen, wäre es besser, bevor man ein operatives Verfahren einschlägt, zunächst eine probatorische Laryngofissur zu machen.

Moure (Bordeaux): Eine sehr wichtige Ursache für die Entstehung der Stenosen ist die Cricotomie und das Einsetzen der Canüle in die Lücke zwischen Schild- und Ringknorpel.

Schmiegelow (Kopenhagen) ist derselben Ansicht wie Moure. Die Tracheotomie muss stets tief gemacht werden; gleichzeitig empfiehlt er täglich für ein bis drei Stunden die Intubation.

Poyet (Paris) führt den Fall einer Syphilitischen an, bei der eine Verlegung des Kehlkopfs durch Membranbildung vorlag. Die Membran wurde verschiedentliche Male incidirt; es trat jedoch stets Recidiv ein.

Bonain (Brest) ist ein warmer Anhänger der O'Dwyer'schen Intubation.

Castex (Paris) findet es unnöthig, die Tracheotomie am hängenden Kopf vorzunehmen.

Collinet: Um mit der Elektrolyse Erfolge zu erzielen, ist es vor Allem nöthig, sich nur ganz schwacher Ströme zu bedienen. Die Laryngofissur zu diagnostischen Zwecken sollte nur im äussersten Nothfall in Betracht kommen. Um die durch die Tracheotomie veranlassten Stenosen zu vermeiden, genügt es oft, eine dem Kehlkopf gut angepasste Canüle einzulegen. Die membranösen

Verengerungen sind leichter zu behandeln als die festen. Die Rose'sche Lage mit hängendem Kopf scheint bei Kehlkopfoperationen das Entstehen einer Blutung zu begünstigen.

Molinié (Marseille): Tuberculöser Tumor der Scheidewand.

In der rechten Nasenhälfte des Patienten fand sich ein ziemlich umfangreicher röthlicher Tumor, der mit breiter Basis dem Septum aufsass. Er wurde mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt. Die histologische Untersuchung der Geschwulst, die ungefähr die Grösse und Form einer Mandel hatte, ergab zahlreiche Riesenzellen.

Moure (Bordeaux): Die Behandlung der bösartigen Geschwülste des Siebbeins.

M. berichtet über eine verhältnissmässig einfache und ungefährliche Methode, um von aussen her bösartige Tumoren des Siebbeins zu entfernen.

Dieselbe besteht darin, dass zunächst eine vertikal verlaufende Incision gemacht wird, die von dem medialen Ende der Augenbraue sich nach unten bis zum Naseneingang fortsetzt und in der Höhe der Insertion des Nasenflügels auf der Oberlippe endet. Nun werden die Weichtheile vom Nasenbein und dem Nasenfortsatz des Oberkiefers abgelöst bis zum Thränenbein, wobei darauf zu achten ist, eine Verletzung des häutigen Theils des Ductus naso-lacrymalis zu vermeiden, damit keine Fistel entsteht. Nun wird ein Theil vom Nasenfortsatz des Oberkiefers, ein Theil des Thränenbeins, das Nasenbein und die Spina nasalis und frontalis resecirt; auf diese Weise ist ein breiter Zugang zum Siebbein geschaffen und es ist möglich, dieses in toto zu entfernen. Man kann sogar nach Resection des Siebbeins auf diesem Wege ohne Gefahr Tumoren oder sonstige Erkrankungen der Keilbeingegend in Angriff nehmen. Wenn nachher die Operationswunde durch die Nase geschlossen ist, so bleibt nur eine geringe Depression am inneren Augenwinkel übrig. Das kosmetische Resultat ist ausgezeichnet.

M. H. Lavrand (Lille): Ueber Mund-Nasenathmung.

Auf Grund zahlreicher Beobachtungen ist Vf. zu der Ansicht gelangt, dass die gleichzeitige Respiration durch Mund und Nase nicht nur möglich ist, sondern geradezu die Regel bildet:

1. Wenn man mit leicht geöffnetem Mund ruhig athmet..
2. Wenn gleichzeitig das Gaumensegel nicht contrahirt wird: der Exspirationsstrom theilt sich alsdann.

Ferner: Der Donsders'sche intrabuccale luftleere Raum existirt nicht und kann daher auch die Mund-Nasenathmung nicht stören.

Jacques (Nancy): Nasale Neurosen und Pseudo-Sinusitis.

J. berichtet über zwei Fälle von Secretionsanomalien hysterischen Ursprungs, deren klinische Symptome zu einem auf irrthümliche Diagnose gegründeten unnöthigen Eingriff veranlassten. Im ersten Fall handelte es sich um Hydrorrhoe, die als chronischer schleimig-eitriger Katarrh der Stirnhöhle angesehen und dementsprechend behandelt wurde. Im zweiten Fall wurde durch die Hydrorrhoe ein Stirn- und Siebbeinempyem vorgetäuscht.



Bouzin (Brest): Kehlkopfcarcinom mit Erfolg auf endolaryngealem Wege operirt.

Der Eingriff war in dem mitgetheilten Falle sehr einfach. Die mit der schneidenden Zange entfernten Stücke hatten zusammen ungefähr die Grösse einer Olive. Nach 10 Tagen war die Operationswunde fast völlig vernarbt: es bestand keine Störung der Stimmfunction. Die Heilung dauert seit fast 2 Jahren an.

Escat (Toulouse): Schwere Blutung nach Tonsillotomie.

In diesem Fall erwies sich die Vernähung der Gaumenbögen als wirksames Mittel.

Chevalin (Mans): Ein grosses Fibro-Myxom des Nasenrachens.

Der Tumor verlegte die linke Nasenhälfte des 13jährigen Patienten und trat hinter dem Gaumensegel zu Tage. Es trat häufiges Nasenbluten auf. Nach voraufgehender Amputation der Muschel wurde der Tumor mit der heissen Schlinge gefasst und extrahirt. Es trat heftige Blutung auf, die energische Tamponade erforderte.

Histologische Untersuchung ergab: Fibromyxom.

Vacher (Orleans): Die Anwendung des Chloraethyls.

Redner rühmt die Vorzüge dieses neuen Anaestheticums.

Moure kann sich nach den Ergebnissen seiner Versuche an der Klinik in Bordeaux seinen Lobeserhebungen nicht anschliessen.

Malherbe (Paris) findet auf Grund von 600 Beobachtungen, die er mit Chloraethyl gemacht hat, dass es ein sehr leicht und bequem anzuwendendes Anaestheticum ist: er persönlich hat bei seinem Gebrauch nur Vortheile gesehen.

Lermoyez hat Chloraethyl gleichfalls oft angewandt und hat als Nachtheile gefunden: Sehr ausgesprochenes Excitationsstadium am Anfang: bisweilen schwere Cyanose: Contractionen und schliesslich ausserordentlich brüskes Erwachen.

Malherbe glaubt, dass diese Unzuträglichkeiten nur auf die Anwendungsweise des Mittels zurückzuführen seien.

Charles (Grenoble): Schleimhautpemphigus; acute und chronische recidivirende Form.

Redner berichtet über mehrere Fälle und räth, dieser zu wenig gekannten Affection grössere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Jacques (Nancy) und Bertemes (Charleville): Operative Behandlung der paradentalen Cysten des Oberkiefers.

Die Methode besteht im Wesentlichen darin, dass die Scheidewand, durch welche die Cyste von der Oberkieferhöhle getrennt, resecirt und die Mundschleimhaut genäht wird. Der Vortheil soll in der Schnelligkeit, mit der sich die Heilung vollzieht, bestehen.

Texier (Nantes); Die Diagnose der Erkrankungen im mittleren Theil der Nasenhöhle.

T. bedient sich des Killian'schen Speculums und rühmt die Vortheile,

die die Anwendung dieses Instruments für die Untersuchung der versteckteren Theile des Naseninneren bietet.

Nach vorheriger Concainisirung ist die Einführung des Instruments leicht und schmerzlos; mittels einer Modification kann man es in der gewünschten Lage fixiren.

Jacques bedient sich des Instruments gleichfalls und bestätigt das vom Vorredner Gesagte.

Delie (Ypres): Gebrauch von Paraffinprothesen.

Redner hat sich mit Vortheil der Paraffininjectionen bei Deformationen der äusseren Nase sowohl wie bei internen Erkrankungen der Nase bedient.

Brindel (Bordeaux): Behandlung der Ozaena mit interstitiellen Paraffineinspritzungen.

Die bisher erzielten Resultate sind ausgezeichnet. Mittels der Injectionen wurde die Configuration der Muscheln wieder hergestellt; die Folge war Aufhören des Gestanks und der Borkenbildung.

In zwei Fällen trat eine Phlebitis auf, wahrscheinlich in Folge von Injection zu grosser Paraffinmengen in die Muscheln.

Escat (Toulouse): Ueber ein Verfahren zur Exstirpation der nicht über die Gaumenbögen herausragenden Mandeln.

Mahu (Paris): Zerstückelung der Mandeln beim Erwachsenen.

Raoult (Nancy): Instrumente zur Zerstückelung und Ausschälung der Mandeln.

Ruault (Paris): Mittheilung über die Technik der Zerstückelung der Mandeln.

R. bemerkt, dass die mitgetheilten Methoden sich nicht wesentlich von dem von ihm seit Jahren geübten Verfahren unterscheiden.

Texier (Nantes): Ueber einen Fremdkörper im Kehlkopf; Tracheotomie, unmittelbare Naht; Heilung.

Redner hebt die Vorzüge des unmittelbaren Verschlusses der Tracheotomiewunde durch die Naht hervor; dieses Verfahren hat ihm, wie auch im vorliegenden Fall, stets gute Resultate gegeben.

Luc: Ein Nachtheil der sofortigen Naht ist die Möglichkeit des Entstehens von Emphysem.

Chavasse berichtet über zwei Fälle, die zur Stütze der Ansicht Texier's dienen sollen.

Molinié (Marseille) führt einen Fall an, in dem sehr schnell nach Schluss der Trachea Emphysem auftrat.

Moure: Das Emphysem kann davon herrühren, dass der cutane und tracheale Wundraum nicht einander entsprachen; es genügt schon, den unteren Wund-

winkel nicht zu nähen, um die Entstehung eines Emphyesms zu vermeiden. Er zieht ebenfalls die primäre Naht der Tracheotomiewunde vor.

Castex (Paris): **Diffuses Lymphom des Rachens und Kehlkopfs.**

Es handelte sich um ein reines Lymphom; da die Abtragung desselben unmöglich war, so nahm man seine Zuflucht zu subcutanen Injectionen von Chinin und Natr. cacodylicum. Es trat erhebliche Besserung ein.

Vacher (Orléans): **Mittheilung über Nebennierenextract.**

Redner rühmt die bekannten haemostyptischen und gefässverengenden Eigenschaften des Präparates.

Escat betont die Gefahr der secundären Blutung nach Anwendung von Nebennierenpräparaten.

Moure hat ebenfalls secundäre Blutungen und wahrhaft profuse Hydrorrhoeen erlebt.

Lubet-Barbon (Paris) und Jacques (Nancy) schliessen sich dem an.

Mahu (Paris): Bei der Rhinitis vasomotoria dauert die Gefässcontraction mehrere Stunden lang an: darauf jedoch ist die Nasenverstopfung stärker als vorher.

Lermoyez (Nancy) hat dieselben Beobachtungen gemacht.

Vacher hat gefunden, dass die Rhinorrhoe nach nochmaliger Anwendung von Adrenalin verschwindet.

Broeckaert (Gent): **Paraffininjectionen in der Oto-Rhino-Laryngologie.**

B. betrachtet das Paraffin von 56° Schmelzgrad für das günstigste zur Prothesenbildung. Er beschreibt die von ihm befolgte Technik der Anwendungsweise, hebt deren Vorzüge hervor und giebt eine Aufzählung der zahlreichen Fälle, in denen dieses Verfahren Anwendung finden kann.

Moure hat sich stets des Eckstein'schen Paraffins bedient und auf seiner Klinik die Paraffininjectionen auch bei Ozaena anwenden lassen.

Cartaz meint, dass in den Fällen adhärenter Narben die Resultate zu wünschen übrig lassen.

Moure hat dieselbe Beobachtung gemacht und citirt zwei dies beweisende Fälle.

Moll fürchtet die Methode, da in einem Fall Amaurose entstand.

Broeckaert führt unbefriedigende Resultate auf mangelhafte Technik zurück.

E. J. Moure.

Druck von L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIX. Berlin, Juli. 1903. No. 7.

I. Die Beziehungen der Laryngologie zur Gesammtmedicin.

Rede*), gehalten bei der Fest-Versammlung süddeutscher Laryngologen in Heidelberg am 2. Juni 1903

von

Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Moritz Schmidt, Frankfurt a/M.

Meine sehr geehrten Damen und Herren!

Die wenigsten unter Ihnen werden sich noch der Zeit erinnern, in welcher ein dunkler Schleier alles das verhüllte, was bei dem Lebenden im Halse von den Mandeln abwärts lag, höchstens, dass hie und da einmal der Kehldeckel zum Erstaunen des Untersuchenden aus der Tiefe des Halses auftauchte. Ein klein bischen weiter in der Diagnose gelangte der Zeigefinger, und doch wie wenig wusste er nach seiner Wiederkehr aus der Tiefe zu berichten, wenn es sich nicht allenfalls um einen verschluckten Knochen oder ähnliches handelte. Jahrtausende musste man sich mit diesen armseligen Hülfsmitteln der Erkenntniss behelfen, immer wieder wurden Versuche gemacht, das Dunkel zu erhellen, fast aus jedem Jahrzehnt der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts haben wir Berichte über misslungene Bestrebungen, das Ziel zu erreichen. Das Wunderbare für uns heutzutage ist dabei nur, dass diese Versuche alle misslungen sind, während jedermann jetzt weiss, wie leicht es ist, in den Kehlkopf und bis tief in die Luftröhre zu schauen. Wissen wir doch, dass es gar keines Spiegels bedarf, um zum Ziele

*) Es gereicht uns zu ganz besonderem Vergnügen, in dieser und der nächsten Nummer des Centralblattes die beiden Reden, welche in der Festsitzung zur Feier des 10jährigen Bestehens des Vereins süddeutscher Laryngologen am 1. Juni 1903 gehalten worden sind, zum Abdruck bringen zu können. Obwohl für ein gemischtes Publicum bestimmt, und daher durchaus populär gehalten, bringen beide ein vorzügliches Bild davon, wie sich die Leistungen unserer Disciplin im Geiste zweier ihrer hervorragenden Vertreter darstellen, ein Bild, das, wie wir hoffen, unseren Lesern sehr willkommen sein wird. Red.

zu gelangen; Kirstein hat gezeigt, dass es genügt, den Zungengrund ein wenig nach vorn zu drücken, um genaue Diagnosen, selbst in der Tiefe der Luftröhre, mittels des Auges stellen zu können. Die Ursache des Scheiterns dieser Versuche lag an der Beleuchtung. Alle die früheren Forscher benutzten das Sonnenlicht, und dieses genau dahin zu richten, wo es hell machen sollte, war nicht so leicht, und dann kam noch ein besonderes Unglück dazu, dass diese strebsamen Collegen zufällig auf lauter im Hals besonders empfindliche Menschen gestossen waren. Garcia besass glücklicher Weise einen wenig empfindlichen Hals, ebenso Czermak, wie ich aus persönlicher Anschauung weiss. Der letztere hat aber das grösste Verdienst dadurch erworben, dass er die künstliche Beleuchtung anzuwenden lehrte, nämlich mittels des Hohlspiegels gesammeltes Licht in den Hals zu werfen; denn damit wurde es erst möglich, nicht nur jede helle Lichtquelle zu benutzen, sondern auch die Untersuchung unabhängig von der Witterung ausführen zu können. Denken Sie Sich nur, meine Damen, wenn damals eine Sängerin heiser war und es sich um die Entscheidung handelte, ob sie in den nächsten Tagen werde singen können, dass dann der Arzt hätte antworten müssen: meine Gnädige, das kann ich Ihnen erst sagen, wenn die andere, die gewöhnliche, Sonne neben Ihnen wieder am Himmel steht.

Garcia's Unempfindlichkeit im Halse verdanken Sie es also hauptsächlich, wenn wir Halsärzte jetzt Ihre grossen und kleinen Halsschmerzen mit so grosser Sicherheit zu behandeln, wenn auch nicht immer zu heilen verstehen. Das letztere Schicksal theilen die Halsschmerzen mit denen des Herzens und anderer Organe. Bekanntlich hat man erst in den letzten Jahren gelernt, gebrochene Herzen wieder zusammenzuflicken, erhoffen wir also von der weiteren Beschäftigung tüchtiger Aerzte mit den Krankheiten des Halses ähnliche Fortschritte, auch für Ihr sonstiges Wohl.

Der grosse, im höchsten Alter noch lebende Singlehrer Garcia hat also als der erste Mensch einen Kehlkopf am Lebenden mit dem Spiegel gesehen, nämlich seinen eigenen. Trotzdem Türck und besonders Czermak die Untersuchungsmethode in dem Jahre 1858 und in den folgenden rasch ausbildeten, war doch der Glaube an die zu grosse Empfindlichkeit der Menschen im Halse so verbreitet, dass sich die neue Erfindung auffallend langsam Bahn brach, ganz unähnlich dem wenige Jahre zuvor erfundenen Augenspiegel, der sich im Fluge die Welt eroberte. Als ich im Sommer 1861 in Wien studirte, sprach man in ärztlichen Kreisen noch nicht von dem Kehlkopfspiegel. Auch ich war von diesem Glauben an die allgemein vorhandene grosse Reizbarkeit im Halse so erfüllt, dass ich mich vor Erstaunen nicht lassen konnte, als Czermak mich im Jahre 1862 in London untersuchte und ich mein eben genossenen Luncheon bei mir behielt, denn ich hatte von dem Spiegel zu meiner grössten Ueberraschung auch nicht die geringste unangenehme Empfindung. Nachdem wir uns nun allmälig die Technik der Untersuchung angeeignet hatten, fanden wir, dass die Art der künstlichen Beleuchtung und der Halsspiegel sehr zweckdienlich zur Feststellung der Diagnose von Kehlkopferkrankungen waren, und was für diese galt, bewährte sich auch für die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraums.

Bald wurden nun da und dort Beobachtungen am lebenden Menschen be-

kannt von Erkrankungen des Halses, die mit solchen der Lungen in ätiologischem Verhältniss standen, wie die bei der Tuberkulose gefundenen Geschwüre. Andersartige Geschwüre liessen auch auf andere infectiöse Krankheiten schliessen, die in dem Körper vorhanden waren.

Nun denken Sie sich, meine Damen und Herren, das Erstaunen, als Czermak zuerst davon berichtete, dass er einen wirklichen Kehlkopfpolypen an einem Stimmbande gesehen hatte, deren persönliche Bekanntschaft man vorher nur bei Sectionen hatte machen können, mit Ausnahme von einigen wenigen, die an dem Eingang des Kehlkopfes ziemlich weit oben gesessen hatten und ohne Spiegel gesehen werden konnten. Ein solcher war auch von Ehrmann in Strassburg vom Munde aus operirt worden. Sie können sich kaum vorstellen, wie die ärztliche Welt überrascht war, als sich die Kunde verbreitete, dass Victor von Bruns seinem eigenen Bruder auf dem Wege durch den Mund einen Stimmbandpolypen entfernt habe, allerdings nach langer, langer Einübung und mittels sehr geistreich erfundener Instrumente. Freilich hatte Czermak schon vorher ein Geschwür im Kehlkopf mit Höllenstein unter Leitung der Hand durch den Spiegel geätzt und Levin theilweise geglückte Versuche gemacht, einen Polypen im Kehlkopf zu operiren; von Bruns war aber doch der erste gewesen, dem die vollständige Heilung eines Kranken durch die Operation gelungen ist. Wie viele Tausende von Neubildungen des Kehlkopfes sind seitdem auf demselben Wege entfernt worden! Die jüngeren Herren machen sich aber kaum eine Idee davon, welchen Schwierigkeiten man vor der Zeit des Cocain in vielen Fällen begegnete, bis man an das ersehnte Ziel gelangte. Die wenigsten dieser Neubildungen stehen mit inneren Krankheiten des Körpers in Zusammenhang, es sind höchstens primäre Formen von Tuberkulose, welche dermaassen gewöhnlichen Polypen gleichen, dass man sie erst nach der Herausnahme mit dem Mikroskop diagnosticiren kann. Es zeigten sich aber hier bereits die ersten Anfänge eingreifender örtlicher Behandlung von Krankheiten im Kehlkopfe, deren spätere exacte Ausbildung von so segensreichem Einfluss auf die verschiedensten Behandlungsarten geworden ist, nicht zum wenigsten auf die der Tuberkulose des Kehlkopfes, von welcher Sie morgen einige schöne Beispiele durch den Collegen Besold gezeigt bekommen werden.

Ganz besonderes Aufsehen aber erregten die Mittheilungen über Lähmungen der Kehlkopfmuskeln, aus deren Vorhandensein es Traube schon 1860 gelang, in der scharfsinnigsten Weise auf die Anwesenheit eines Aneurysma in der Aorta zu schliessen, einer Krankheit, die sich tief in der Brust an der grossen Schlagader des Körpers entwickelt und bis dahin ihrer Erkennung grosse Schwierigkeiten entgegengesetzt hatte. Diese und andere Lähmungserscheinungen wurden dann von Türck und namentlich von C. Gerhardt in ungemein klarer Weise für die Erkenntniss mancher innerer Krankheiten, wie der geschwollenen Lymphdrüsen in dem Brustkorb, der Herzbeutelentzündungen, der hinter dem Brustbein liegenden Kröpfe, der Speiseröhrenkrebse u. s. w. verwerthet.

Es dauerte nicht lange, so lernte man die Erscheinungen einer ganzen Reihe allgemeiner Krankheiten im Halse erkennen. Man sah, dass z. B. Hautkrankheiten, die sog. acuten Exantheme, die Kopfrose schon sehr frühe auf der

Schlundschleimhaut Erscheinungen hervorriefen, die eine bestimmte Diagnose auf die Krankheiten zuliessen, ehe sie auf der äusseren Haut zu erkennen waren. So verhält es sich bei den Blattern, den Masern, dem Scharlach, dem Aussatz u. s. w. Andere Hautkrankheiten, wie die Nesselsucht, der Pemphigus, der gewöhnliche Bläschenausschlag, der Herpes, bringen ebenfalls im Halse recht bezeichnende Veränderungen hervor. Wieder andere lassen nach dem Ueberstehen der Krankheit ihre Visitenkarten in Gestalt von Narben und Verkrümmungen zurück, oder es waren während des Bestehens der ursprünglichen Krankheit einzelne Theile, wie das Zäpfchen verloren gegangen, alle diese Spuren aus schon vergangener Zeit lassen uns bestimmte Schlüsse auf überstandene Krankheiten machen. Schon die einfache Röthung der Halsschleimhaut ist nicht immer ein Zeichen einer Entzündung, eines Katarrhes; diese Röthungen können recht gut Folge von Störungen der Verdauung sein, von Störungen des Blutumlaufs durch Herzerkrankungen. Beides hängt bekanntlich sehr oft mit einem allzureichen Genuss von Flüssigkeiten, besonders alkoholischen, zusammen. In diesen Pfingsttagen wird gewiss wieder ätiologisch viel vorgearbeitet für die Blutüberfüllung des Halses. Bei genauerem Hinsehen gewahrt man da eine Erweiterung der Venen in der Schleimhaut. Diese durch Leberkrankheiten und sonstige Verdauungsbeschwerden verursachten Venenerweiterungen können namentlich, wenn die Menschen schon in einem Alter stehen, in welchem die Adern durch Einlagerung von Kalk starrer werden, Anlass zu den heftigsten Blutungen geben. Es wäre sehr verkehrt, wenn man solche Kranke ausschliesslich örtlich behandeln wollte, gerade so verkehrt, wie diejenigen, welche infolge von Zuckerkrankheit an sog. trockenem Rachenkatarrh leiden. Man kann es geradezu als eine Pflicht des Halsarztes bezeichnen, dass er sich bei trockenem Halskatarrh vergewissert, ob nicht allenfalls Zucker mit im Spiele ist.

Bei den Typhuskranken zeigen sich insbesondere bei der so schwer im Beginn zu erkennenden larvirten Form manchmal frühzeitig eigenthümliche Geschwüre an den Gaumenbogen, aus deren Vorhandensein der Verdacht auf Typhus sofort rege wird.

Ein sehr interessantes, folgenreiches Vorkommniss waren die Mittheilungen von Voltolini und B. Fränkel, welche erkannt hatten, dass das bisher in seinen Ursachen recht räthselhafte Asthma mitunter durch Erkrankungen der Nase, durch Polypen verursacht sein kann. Bald darauf kam Hack und machte uns klar, welch eine Pandorabüchse wir in unseren Nasen immer mit uns herum tragen. Er suchte die Ursache von Migräne, Kopfdruck, Neuralgien, Asthma, Gelenkschmerzen und vieler anderer Symptome in der Nase, und nun begann eine schlimme Zeit für dieses Organ, das so reizend sein kann, wenn es nur will. Eigentlich ist es doch ein recht verdienstliches Organ, diese mehr oder weniger schöne Nase, sie filtrirt die eingeathmete Luft, so dass in dem hinteren und oberen Theile derselben krankmachende Uebelthäter kaum vorkommen; sie werden fast alle vorher durch die feuchte Schleimhaut abgefangen, durch die Flimmerhaare sanft wieder hinausbefördert und auf diese Weise unschädlich gemacht, ehe sie Unheil stiften konnten. Dieses Unheil tritt viel leichter ein, wenn die Bakterien bei trockener oder zu weiter Nase oder sonstwie den Nasenrachenraum und

die Rachenmandel erreichen können. Wir wissen jetzt bestimmt, dass z. B. die Tuberkulose sich leicht in der Rachengegend ansiedelt und dass die Bacillen von da aus in die Lymphdrüsen des Halses einwandern können, wo sie allerdings zunächst auch einer Art Einkerkerung verfallen, bis eine Revolution im Körper, eine acute Krankheit sie befreit, und nun das Verderben sich in den Körper frei ergiessen kann. Wir wissen ferner seit nicht sehr langer Zeit, dass die bis jetzt noch unbekannten Erreger des acuten Gelenkrheumatismus sich ganz besonders gern im Rachen, in den verschiedenen Mandeln ansiedeln, dort eine acute Mandelentzündung hervorrufen, an die sich dann der Gelenkrheumatismus anschliesst. Es sind mir gerade in der letzten Zeit eine ganze Anzahl solcher Fälle bekannt geworden. Einem Sohn eines Collegen, der fast alle Monate einen Anfall von Gelenkrheumatismus hatte, entfernte ich versuchsweise vor etwa sehs Jahren die entzündete und vergrösserte Rachenmandel; er hat seitdem nur einmal noch einen ganz leichten Anfall gehabt. Aehnlich verhält es sich mit den bei einzelnen Kindern immer wieder auftretenden Anfällen von Pseudocroup, die nach der Entfernung der Rachenmandel oft nicht wiederkehren. Sie werden fragen, warum hat man das alles nicht schon früher gemerkt? Ja, man war so in dem Gedanken befangen, dass diesen Krankheiten eine Erkältung zu Grunde liege, dass man das Zusammentreffen zweier so bestimmt für Erkältungskrankheiten gehaltener Zustände als gar nichts Besonderliches ansah und infolge dessen nicht auf die eigenthümliche Zusammenstellung achtete. Es fiel erst auf, als man gelernt hatte, dass der acute Gelenkrheumatismus und möglicherweise auch der Pseudocroup infectiöse Krankheiten sind.

Es gilt hier, noch mehr aber bei den gleich zu erwähnenden Folgen einer vergrösserten Rachenmandel der Ausspruch Claude Bernard's: Nous sommes entourées de phénomènes, que nous ne voyons pas.

Einen ganz besonderen Fortschritt hat nämlich unsere Wissenschaft gemacht, als W. Meyer in Kopenhagen die mannigfachen Erscheinungen entdeckte, welche bei Kindern und Erwachsenen die mangelhafte Athmung durch die Nase hervorruft, und dass diese mangelhafte Athmung bei Kindern in fast allen Fällen durch die Vergrösserung der Rachenmandel bedingt ist. Der Einfluss der mangelhaften Athmung ist so leicht an dem offenstehenden Munde, an der engen Nase und der Schmalheit des Oberkiefers zu erkennen, dass es nur wunderbar ist, dass diese eigenthümliche Gesichtsbildung nicht schon früher die Aufmerksamkeit der Aerzte auf sich gezogen hat. Sehr bezeichnend für den Zustand sind auch die stark hervorstehenden Schneidezähne im Oberkiefer, der unregelmässige Stand der Zähne überhaupt, welche in der mangelhaften Entwickelung der Oberkiefer ihren Grund haben, ferner der enge Bau des Brustkorbs, der ebenfalls eine Folge der mangelhaften Athmung ist. Durch den massenhaft abgesonderten Schleim aus der Mandel, der immer verschluckt wird, leidet der Magen, solche Kinder sind „immer schlechte Esser gewesen“, sie sehen mangelhaft genährt aus, blass, umsomehr, da sie auch unruhig schlafen und dadurch ihre Nerven leiden, sie haben fast alle eine klanglose, „todte“ Sprache. Infolge aller dieser Zustände, aber auch infolge der gestörten Blutcirculation in der Nase und in dem Kopfe leidet die geistige Entwickelung der Kinder, sie lernen schlecht, da sie ihre Auf-

merksamkeit nur schwer längere Zeit auf einen Gegenstand fesseln können: sie sind unzugänglich, ungezogen, widerwillig, kurz der ganze Charakter wird ungünstig beeinflusst, ja man findet nicht so ganz selten Kinder, die infolge der erschwerten Nasenathmung förmlich idiotisch sind. W. Meyer hat den directen Beweis für die Abhängigkeit aller dieser Symptome von der Rachenmandel dadurch geliefert, dass er bei einem sehr wenig liebenswürdigen Mädchen mit blödem Gesichtsausdruck die Rachenmandel wegnahm, wonach eine so vortheilhafte Veränderung mit ihr vorging, dass sie sich kurz darauf verlobte. Als Beweis für die gelungene Kur druckte er das Bild des Brautpaares in seiner Veröffentlichung ab. Ich habe übrigens ganz denselben Fall erlebt, die Ehe ist ganz gut ausgefallen, und da beide nicht gestorben sind, so leben sie noch recht vergnügt zusammen. Es bereitet wirklich dem Arzte eine sehr grosse Freude, die Veränderung an einem Kinde zu beobachten, wenn es aus einem förmlich idiotischen in ganz kurzer Zeit in ein aufgewecktes verwandelt wird; ich habe diese Umwandlung einmal schon nach drei Tagen beobachten können, der Unterschied war ein derartiger, dass ich annahm, man habe mich auf die Probe stellen wollen und mir einen Bruder des Operirten vorgeführt.

In ganz vereinzelnten Fällen ist auch das dauernde oder zeitweilige Verschwinden von epileptischen Anfällen nach der richtigen Behandlung der erschwerten Nasenathmung festgestellt worden, leider sind es nur sehr vereinzelte Fälle, die man durch diese Behandlung von der schrecklichen Krankheit befreien kann. Ich habe Ihnen vorhin schon gesagt, meine Damen und Herren, dass Sie gar nicht glauben, was all für Unheil Sie in Ihrer Nase mit sich herumtragen!

Die Sache hat aber auch ein historisches Interesse, da die erwähnten Schädelknochenveränderungen, wenn die Rachenmandel nicht in der frühen Jugend beseitigt wird, nicht wieder verschwinden, wohl aber bei Erwachsenen und auf Bildern oder Büsten erkennen lassen, dass die Betreffenden in ihrer Jugend mit einer die Athmung störenden Rachenmandel behaftet waren. Ich erinnere Sie an die Büsten von Mark Aurel, an die Bilder von Karl V., von Philipp II. von Spanien, von Franz II. von Frankreich, dem Urheber der Bartholomäusnacht. Ich habe vorhin erwähnt, dass die vergrösserte Rachenmandel einen ungünstigen Einfluss auf die Entwickelung des Charakters des Menschen habe; dieses lässt die Frage berechtigt erscheinen, wie würde der Verlauf der Weltgeschichte gewesen sein, wenn diese genannten Herrscher in ihrer Jugend von ihren Rachenmandeln befreit worden wären?

Es sind aber auch ganz entfernte, anscheinend gar nicht mit der Nase in Beziehung stehende Zustände, welche wir als durch die mangelhafte Nasenathmung, bezw. die Rachenmandel hervorgerufene ansehen müssen. Das nächtliche Bettnässen der Kinder, welches denselben schon so viele unverdiente Schläge und Strafen zugezogen hat, verschwindet sehr oft nach der Operation der Rachenmandel ohne die genannten pädagogischen Nachhülfen.

W. Meyer gehört zu den beneidenswerthen Menschen, die durch ihre Entdeckungen der Menschheit einen grossen Dienst geleistet haben. Er hat nicht nur das Zustandekommen der erwähnten Zustände erklärt, sondern auch ihre erfolgreiche Behandlung gezeigt. Er hat sich dadurch den Dank der Collegen ver-

dient, nicht minder aber den der Menschheit, und, da es sich besonders um Kinder handelt, vor allem den Dank der Mütter, die für derartige ihren Kleinen erwiesene Wohlthaten eine besonders feine Empfindung haben. Mit Recht ist ihm im vergangenen Jahre in seiner Vaterstadt ein Denkmal errichtet worden, zu dem Aerzte und Eltern geheilter Kinder aus allen Welttheilen reiche Spenden gegeben haben.

Bei einzelnen Krankheiten des ganzen Körpers, wie bei der Schwindsucht, treten zumeist erst im Verlaufe einer schon längere Zeit bestehenden Lungenerkrankung Veränderungen, Geschwüre, Schwellungen im Halse auf, die ein sehr charakteristisches Aussehen haben. Es kommt indessen, wenn auch selten, vor, dass diese Veränderungen das erste Zeichen des Befallenseins des Körpers durch die Krankheit sind. Dann wird derjenige, der sich mit dem Aussehen der Veränderungen im Halse bei Tuberkulösen einmal vertraut gemacht hat, sofort erkennen, dass es sich um das sog. primäre Vorkommen der Krankheit im Halse handelt. Es kann dieses auch bei sonst ganz gesunden Menschen der Fall sein. Die frühzeitige Erkenntniss der Krankheit wird es ermöglichen, ihr vielleicht Einhalt thun zu können, ehe das Gift sich in dem ganzen Körper verbreitet hat.

Wir wissen, dass eine Anzahl von Halserkrankungen Lähmungen im Halse, in den Augen, den Beinen und den Athemmuskeln zur Folge haben, wie es besonders häufig nach dem Ablauf der Diphtherie beobachtet wird. Es giebt aber auch eine ganze Reihe von Allgemeinerkrankungen, die sich zuerst oder schon frühzeitig durch Lähmungen der Halsmuskeln und Nerven zu erkennen geben können. Ich erinnere da an die vorhin erwähnten, sowie an Lähmungen infolge von Schlagflüssen oder Geschwülsten im Gehirn, an Lähmungen infolge gar mancher Rückenmarkserkrankungen, oder auch an die bei Bleivergiftung. Die Rückenmarksschwindsucht zeigt sich mitunter in Form einer Lähmung im Kehlkopf, die zuweilen lange Jahre dem Auftreten weiterer, der Krankheit zugehöriger Erscheinungen vorhergeht. Aehnlich verhält es sich bei der Höhlenerkrankung des Rückenmarks, der Syringomyelie, bei hysterischen und neurasthenischen Lähmungen, die nicht nur sog. nervöse, blasse Mädchen, sondern mitunter auch anscheinend robuste Menschen befallen. Vor einigen Jahren brachte mir ein Bauer aus der Gegend von Witzenhausen seinen Sohn mit der Angabe, dass derselbe seit neun Monaten taubstumm geworden sei. Es handelte sich um einen anscheinend sehr kräftigen, 26 Jahre alten Mann, der auf alle Fragen nur mit ganz unverständlichen Tönen antwortete, gerade wie ein geborener Taubstummer. Es fiel mir sofort auf, dass ein Erwachsener, der vorher gut gesprochen und gehört hatte, zugleich mit der Stimme und der Sprache auch das Hören verloren haben sollte. Bei Kindern, bei denen diese Fähigkeiten noch nicht so fest eingewurzelt sind, ist das ja begreiflicher und auch wiederholt beobachtet worden, aber selbst bei diesen dauert es bis zu dem gänzlichen Verlust der Sprache nach dem des Hörens doch immer geraume Zeit. Zum Zwecke der Untersuchung des Ohres machte ihm mein damaliger Assistent J. Veis eine Einblasung durch die Eustach'sche Trompete mit dem Erfolge, dass der Kranke zum allergrössten Erstaunen seines danebenstehenden Vaters sofort mit lauter Stimme sprach und versicherte, dass er nun wieder ganz gut höre und sich deshalb eine weitere Ein-

blasung in das andere Ohr verbitte. Grosses Erstaunen erregte natürlich diese Wunderkur in seiner Heimath und besonders bei seinem Hausarzte, der mir in einem ganz verblüfft klingenden Briefe schrieb, was dem Kranken denn eigentlich gefehlt und womit ich ihn behandelt habe. Hier enthüllte das Auftreten der Krankheit und ihre rasche Heilung den hysterischen Boden, auf dem beides beruhte.

Ganz ausserordentlich interessante Bekanntschaften mit Krankheiten, auf welche der oben angeführte Ausspruch Claude Bernard's vorzüglich passt, haben uns die mit Veränderungen der Substanz oder der Function der Kropfdrüse zusammenhängenden Zustände gebracht. Seit Alters her kennt man den Kropf, die Vergrösserung der Drüse, die sich in gewissen Gegenden, meistens im Gebirge findet; man hatte auch schon länger herausgefunden, dass der gleichfalls in Gebirgsgegenden oft vorkommende Kretinismus mit der Veränderung der Schilddrüse in ursächlichem Verhältniss steht. Da kamen die Mittheilungen von Weiss und Kocher, dass sich bei Menschen, denen die Schilddrüse wegen Athemnoth oder wegen der Entstellung weggenommen worden war, ziemlich rasch eigenthümliche Veränderungen an Körper und Geist eingestellt hätten. Die Kranken wurden apathisch, träge in ihren Bewegungen, ihre geistigen Fähigkeiten verminderten sich zusehends, sie setzten reichlich Fett an und die Haut wurde durch eine sulzige Durchtränkung des Unterhautzellgewebes ganz dick und teigig; nach und nach starben die Kranken an Schwäche. Vor ihnen schon in den siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts hatten Gull und Ord in England Menschen beobachtet, die ganz dieselben Zeichen von Erkrankung darboten, nur waren sie nicht operirt worden, aber merkwürdigerweise konnte man bei ihnen eine Schilddrüse nicht nachweisen, sie musste durch irgend welche Krankheitsprocesse zu Grunde gegangen sein. Kocher nannte seine Krankheit Kachexia thyreopriva, einen Schwächezustand, der mit dem Fehlen der Schilddrüse zusammenhängt, Gull und Ord gaben ihrer Krankheit den Namen Myxödem, nach dem Befunde in dem Unterhautzellgewebe. Andere Kranke Kocher's bekamen nach der Herausnahme der Drüse einen an Starrkrampf erinnernden Zustand, der sich durch Krämpfe, besonders in den Armen, kund gab, die minuten- oder auch monatelang andauerten und sehr schmerzhaft waren; dabei bestand eine grosse Reizbarkeit der Nerven; strich man solchen Kranken auch nur leicht über das Gesicht, so zogen sich sofort die Muskeln desselben zusammen. Man gab dieser Erscheinung den Namen Tetanie wegen der in ausgeprägten Fällen grossen Aehnlichkeit mit dem Starrkrampf, dem Tetanus. Die Sache wurde noch viel interessanter, als Sir Felix Semon 1883 zuerst die Ansicht aussprach, dass Kretinismus, Kachexia thyreopriva und Myxödem identische Zustände seien und alle drei auf einem Mangel in der Function der Schilddrüse beruhten. Diese Ansicht begegnete anfangs einem allgemeinen Schütteln des Kopfes, aber eine im folgenden Jahre auf Semon's erneute Anregung von der Clinical Society of London veranstaltete Sammelforschung, an welcher Semon und Horsley mitwirkten, ergab die Richtigkeit des Semon'schen Gedankens. Es ist für unsere Specialität sehr ehrenvoll, dass es gerade ein Laryngologe war, der zuerst das Wesentliche dieser Erkrankungen herausgefunden hat, freilich war es auch unserer Besten Einer!

Es beweist dies aber wiederum, wie wichtig die gründliche Kenntniss aller medicinischen Gebiete für uns ist. Infolge dieser Sammelforschung und gestützt auf Versuche von Schiff und von Eiselsberg empfahl Horsley, den Kranken eine Schilddrüse vom Schaf unter die Haut einzunähen, und als dies Bircher und auch Lannelongue ausführten, zeigte sich bei den Kranken eine ganz überraschende Besserung, die aber bald wieder verschwand, wie sich dann herausstellte, weil die eingepflanzte Drüse aufgesogen worden war. Die Besserung hielt erst Stand, als man den Kranken rohe oder auch geröstete Schilddrüse auf Butterbrot längere Zeit hindurch verabreichte. Eine mit Kropf behaftete Wärterin Kocher's, welche solche Kranke zu verpflegen hatte, ass von diesen Schilddrüsen und bemerkte darauf, dass ihr Kropf rasch kleiner wurde. Dadurch kam man auf die Idee, dass die genannten Zustände von Veränderungen in der Substanz und namentlich in der Function der Schilddrüse abhängig seien. Bei den Kretins functionirt das Organ nicht mehr trotz seiner Grösse, weil die wesentlichen Bestandtheile der Drüse durch Erkrankungen zu Grunde gegangen sind. Die günstige Wirkung der Schilddrüsensubstanz, die jetzt meist in der Form von Tabletten gegeben wird in allen diesen Erkrankungen, brachte Licht in diese Zustände und ihren Zusammenhang unter einander. Das erfreulichste dabei war, dass man nun diese Kranken heilen konnte, während sie vorher unrettbar verloren waren. Die Beobachtung, dass die Kranken mit Mangel an Schilddrüse reichlich Fett ansetzten, führte zu Versuchen, auch die Fettsucht bei Menschen damit heilen zu wollen, und siehe da, das Mittel hatte auch hier Erfolg. Leider zeigte sich aber dabei, dass es recht nachtheilige Wirkungen auf das Herz und die Körperkraft ausübte. Viele Damen, welche das Mittel brauchten, um mager zu werden, mussten die Kur mit schweren und langdauernden Leiden bezahlen, da viele unter ihnen den Versuch ohne ärztliche Beaufsichtigung unternommen hatten. Sie ersehen daraus, meine Damen, dass hie und da eine gewisse Beaufsichtigung doch noch einen Werth hat. Bemerkenswerth ist noch die Wirkung, den das Myxödem bei Kindern hat, bei welchen es, seitdem man darauf aufmerksam geworden ist, gar nicht so selten gefunden wird. Ausser den vorhin erwähnten Symptomen zeigen die Kinder ein sehr unter der Norm stehendes Wachsthum, sie bleiben Zwerge. Diesen Kindern kann man nun auch helfen; verabreicht man ihnen Thyreoidintabletten, so fangen sie sofort an zu wachsen und holen den Unterschied bald ein. Natürlich darf eine solche Kur ebenfalls nur unter ärztlicher Ueberwachung stattfinden, das Mittel kann auch bei Kindern unter Umständen als ein starkes Gift wirken.

Die soeben besprochenen Krankheiten: die nach Operationen auftretende Kachexia thyreopriva, das Myxödem, die Tetanie und den Kretinismus können wir als durch eine mangelhafte oder aufgehobene Thätigkeit der Schilddrüse verursachte bezeichnen. Das Gegentheil kommt aber auch vor, dass zuviel von dem Saft der Drüse in den Körper gelangt oder nicht genügend viel davon verbraucht wird. Zuerst von Flajani in Italien und Graves in England, dann 1840 von dem deutschen Arzte Basedow wurde ein Krankheitsbild beschrieben, das man bei uns fast immer nach dem Namen des deutschen Entdeckers bezeichnet, als Basedow'sche Krankheit. Das Leiden zeigt sich als Kropf und Herzklopfen bei Kranken

mit sehr hervorstehenden Augen, sog. Glotzaugen, weshalb man dasselbe deutsch auch Glotzaugenkrankheit zu nennen pflegt. Es ist nicht immer nöthig, dass alle die drei genannten Symptome von vornherein oder später gleich stark ausgeprägt sind, es kommen auch sog. formes frustes vor, schwache Formen, bei denen ein oder das andere Symptom in geringem Maasse oder gar nicht gefunden wird. Bei der Behandlung der vorher beschriebenen Gruppe von Krankheiten mittels Verabreichung von Thyreoidintabletten sind diese Symptome bei Gesunden und mehr oder weniger deutlich auch bei Fettsüchtigen aufgetreten. Es ist noch nicht endgültig festgestellt, ob das zuerst Erkrankte bei dem Morbus Basedowii die Schilddrüse ist, oder ob es die Nerven sind. Man nimmt nämlich an, dass irgendwo im Körper, wahrscheinlich in dem Verdauungskanal, ein Stoff gebildet wird, der im Blut kreist und in der Schilddrüse für die Zwecke des Körpers umgeformt wird. Wenn dann nicht genug von diesem Schilddrüsensaft oder zuviel Stoff abgesondert wird, so findet ein Theil des letzteren keine Verwendung und wirkt, sich in dem Körper selbst überlassen, schädlich. Dafür spricht die Beobachtung, dass, wenn man bei der Herausnahme der Schilddrüse diese zu sehr drückt, so dass die Wunde mit dem Safte überschwemmt wird, rasch Basedowsymptome auftreten, und anscheinend auch die Beobachtung, dass man schon eine Menge von derartigen Kranken durch die Herausnahme oder die Abschneidung der Blutzufuhr durch Unterbindung der die Drüse ernährenden Adern geheilt hat. Andere Forscher nehmen an, dass das zuerst Erkrankte die Nerven seien, dass durch den gereizten Zustand derselben die Schilddrüse in erhöhte Thätigkeit gerathe, mehr Saft absondere, als normal verbraucht werden kann, und dass dadurch die Krankheitserscheinungen zum Vorschein kämen. Für letzteres spricht der Umstand, dass alle derartigen Kranken ziemlich stark nervös sind, und dass man einige Fälle gesehen hat, in denen man von der Nase aus durch Aetzung der Schleimhaut oder durch Freilegung der Nasenathmung bedeutende, anhaltende Besserungen oder auch Heilungen erreicht hat, was kaum anders als durch Einwirkung auf die Nerven zu erklären ist.

Das Studium dieser Frage ist, wie Sie aus meinen Worten entnehmen können, durchaus noch nicht abgeschlossen, und ich will Sie, meine Damen und Herren, nicht weiter damit belästigen, Ihnen alle die Ansichten über das Zustandekommen der Basedow'schen Krankheit auseinanderzusetzen; ich würde noch viel Zeit gebrauchen, und ich fürchte, es wird mir doch nicht gelingen, Ihnen dieselben so klar zu machen, dass Sie nachher ein Examen darüber mit Glanz bestehen könnten. Es genügt mir, Ihnen gezeigt zu haben, welche Fülle interessanter Erscheinungen sich in den oberen Luftwegen findet, und wie wichtig es ist, immer den Zusammenhang der Krankheiten des Halses und der Nase mit denen des ganzen Körpers im Auge zu behalten.

Ich hoffe, dass Sie sich auch davon überzeugt haben werden, dass Halsarzt nicht derjenige sein kann, der sich darauf beschränkt, mittels des Spiegels oder Spatels den Hals mit mehr oder weniger Geschick zu untersuchen, sondern dass wir heute von einem solchen eine gründliche und ausgiebige Ausbildung in der gesammten Medicin verlangen müssen, und da diese nur auf dem Wege der practischen Thätigkeit zu erlangen ist, so bin ich auch immer dagegen

gewesen, dass dem Specialisten — in den anderen Specialfächern verhält es sich genau ebenso — die allgemeine Praxis verboten werden soll. Nur ein allseitig, practisch und theoretisch ausgebildeter Mensch und Arzt, der durch practische Verwendung seiner Kenntnisse sein Fach gründlich kennen gelernt hat, wird der Wissenschaft zur Zierde gereichen und seinen Kranken die sicherste, rascheste und angenehmste Hülfe bringen können. Diese Hülfe ist doch eigentlich das Endziel unserer Wissenschaft, ihr soll immer unser ganzes Streben gewidmet sein!

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Jonathan Wright. Nase und Hals in der Geschichte der Medicin. (The nose and throat in the history of medicine.)** *Laryngoscope. Juni 1902.*

Mit diesem Artikel endet eine Serie von Aufsätzen historischen Inhalts (cfr. Centralbl. XVIII. S. 362 u. XIX. S. 172). Er handelt von der Rhino-Laryngologie der Gegenwart; die wichtigsten Streitfragen, wie die über die Kehlkopflähmungen, den Kehlkopfkrebs und seine Behandlung, die Therapie der Nebenhöhlenerkrankungen u. s. w. werden in instructivster und interessantester Weise behandelt.

EMIL MAYER.

2) **Filippow. Ueberblick über die Erfolge der Rhino-Pharyngologie im Jahre 1900. (Obsor uspechow rhino-ph. sa 1900 y.)** *Iswestnik imp. woenn. med. Akagemia. Sept. 1902.*

Der Aufsatz geht nicht über das Niveau anderer Arbeiten gleichen Inhalts hinaus.

P. HELLAT.

3) **A. H. Brownell. Behandlung von „Erkältungen". (Treatment of „Colds".)** *N. Y. Medical Record. 25. October 1902.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

4) **Cott. Behandlung von „Erkältungen". (Treatment of „colds"** *N. Y. Medical Record. 25. October 1902.*

Die meisten Erkältungen im Kindesalter sind auf eine Verlegung des Nasenrachenraumes zurückzuführen; mit der Beseitigung der adenoiden Vegetationen schwindet auch die Neigung zu Erkältungen. Bei dem quälenden Husten, der sich bei katarrhalischen Affectionen der Trachea einstellt, wirken intratracheale Injectionen von 5proc. Mentholöl sehr lindernd.

LEFFERTS.

5) **W. Freudenthal. Die wahren Ursachen der Erkältungen. (The true causes of colds.)** *N. Y. Medical Record. 25. October 1902.*

Verf. wendet sich gegen die Tendenz, alles auf infectiöse Ursachen zurückzuführen. Nach ihm ist eine gewöhnliche Erkältung nichts anderes als die Wirkung, die eine Temperaturherabsetzung auf den Organismus ausübt. Trockenheit der Luft in den Wohnräumen — Verf. hat festgestellt, dass die Luftfeuchtig-

keit in diesen oft nur 15—18 pCt. beträgt — wirkt begünstigend auf die Entstehung von Katarrhen. LEFFERTS.

6) **G. M. Murdock. Behandlung von „Erkältungen". (Treatment of „colds".)** *N. Y. Medical Record. 25. October 1902.*

Verf. empfiehlt eine oder zwei Dosen von 10—20 Tropfen Extr. fluid. Gelsemii mit oder ohne Liquor ammonii acetici als wirksames Mittel zur Unterdrückung einer Erkältung. LEFFERTS.

7) **Alexander A. Smith. Die Behandlung von „Erkältungen". (The treatment of „colds".)** *N. Y. Medical Record. 25. October 1902.*

Von den zahlreichen vom Verf. angeführten Maassnahmen seien folgende hervorgehoben: Die sogenannten „Rhinitis-Tabletten", die Belladonna enthalten, wirken nach seinen Erfahrungen, wenn sie frühzeitig angewendet werden, häufig als Abortivmittel bei Erkältungen. Ferner wird empfohlen: Campher innerlich und Inhalationen damit, Natron salicylicum, Phenacetin zusammen mit Antifebrin und Chinin. Bei starker schleimig-eitriger Absonderung thun kleine Dosen Kreosot oder Guajacol, zuerst halbstündlich, dann in längeren Intervallen gegeben, gute Dienste. Kindern unter 12 Jahren giebt Verf. ganz kleine Dosen von Tinctura Aconiti in Zwischenräumen von einer Stunde. Von localer Behandlung der katarrhalisch erkrankten Schleimhäute hält Verf. nichts. LEFFERTS.

8) **W. H. Thornton. Behandlung von Erkältungen. (Treatment of colds.)** *N. Y. Medical Record. 25. October 1902.*

Bei Anwendung von localen Mitteln achte man vor allem darauf, dass sie nicht reizend wirken; am besten ist ein Spray mit einer schwachen alkalischen Lösung, zwei bis drei Minuten lang angewendet, und darauf ein Spray mit einer schwachen Lösung von Camphor in Oel. Bei Verstopfung der Nase infolge acuter Rhinitis empfiehlt sich die Anwendung von Adrenalin. LEFFERTS.

9) **James T. Walsh. Aetiologie der „Erkältungen". (Etiology of „colds".)** *N. Y. Medical Record. 25. October 1902.*

Die Erkältung als solche wirkt nur als prädisponirendes Element, der eigentliche ätiologische Factor besteht in dem Eindringen von Microorganismen. Die trockene Luft in den geheizten Wohnräumen ist eine häufige Ursache für die entzündliche Reizung der Nasenschleimhaut im Winter. Von gleicher Bedeutung für das Zustandekommen von Pharyngitis und Tonsillitis ist die Mundathmung infolge von Nasen- und Nasenrachenraumverlegung. LEFFERTS.

10) **Parmentier. Klinische Fälle. (Faits cliniques.)** *Progrès Méd. Belge No. 12. 1902.*

A. Struma und Nasenrachenaffectionen.

Zwei Beobachtungen mit Erläuterungen, geschöpft aus der Arbeit von Dr. Hamon aus Havre, nach welcher pathogene Beziehungen zwischen beiden Affectionen zu bestehen scheinen.

B. Neurose der Rachen-Speiseröhre und adenoide Wucherungen.

Ein 10jähr. Mädchen mit spasmodischer Verengerung der Speiseröhre ward ohne grossen Erfolg mit Elektricität und Katheterismus behandelt. Zufällig entdeckte der Autor adenoide Wucherungen, die er entfernte, worauf Heilung eintrat.

Handelt es sich hier um reine Suggestion oder um eine directe Einwirkung auf die Functionen des Oesophagus? Der Autor neigt zur letzten Hypothese und giebt dafür folgende Erklärung: Wenn die Kranke isst oder trinkt, so emfindet sie infolge des Nasenverschlusses und des Vorhandenseins des Bissens eine Art Erstickung, diese löst einen Abwehract aus, welcher bei Individuen von equilibrirtem Nervensysten eine normale Peristaltik veranlassen würde, bei desequilibrirten hypersensiblen Personen aber, wie es hier der Fall ist, eine Antiperistaltik hervorruft, um den die Respiration behindernden Fremdkörper so bald als möglich auszustossen. Von dem Augenblicke an, wo durch die Entfernung der adenoiden Wucherungen die Respiration frei geworden, ist die Ursache des Oesophagismus entfernt und der Schlingact nimmt seinen normalen Verlauf.

AUTOREFERAT.

11) **P. Gallois. Albuminurie rhino-pharyngealen Ursprungs in drei Tagen mittels Weber'scher Nasendouche geheilt. (Albuminurie d'origine rhino-pharyngienne guérie en trois jours par le siphon de Weber.)** *Société de thérapeutique. 11. Juni 1902.*

Es handelt sich um eine Scharlachkranke, bei der gleichzeitig eine eitrige Rhino-Pharyngitis und Albuminurie bestand. Letztere verschwand nach einigen Nasen-Irrigationen.

In einem zweiten analogen Fall hat Verf. von der gleichen Behandlung denselben Effect gesehen.

PAUL RAUGÉ.

12) **Parmentier. Differentialdiagnose syphilitischer, tuberculöser, lupöser und krebsiger Geschwüre der Nase, des Pharynx und des Larynx. (Diagnostic différentiel des ulcères syphilitiques, tuberculeux, lupique et cancéreux, dans le nez, le pharynx et le larynx.)** *Progrès Médical Belge. No. 8. 1902.*

Der Titel erklärt den Inhalt des Artikels.

AUTOREFERAT.

13) **Alexander Foulerton. Einige Fälle von Streptococcen-Infection. (Some cases of Streptothrix-Infection.)** *Pathological Society of London. Transact. 1902. Brit. med. Journal. 8. November 1902.*

Unter den 5 mitgetheilten Fällen sind 3 mit besonderer Betheiligung der Zunge, der Zähne und der Tonsillen.

E. WAGGETT.

14) **J. O. Orr. Rheumatische Zustände in den oberen Luftwegen. (Rheumatic conditions in the upper air passages.)** *Canadian Practitioner and Review. Januar 1903.*

Ein kurzer Artikel ohne besondere Bedeutung.

EMIL MAYER.

15) **Croce** (Breslau). **Die Urticaria der oberen Luftwege.** *Diss. Breslau 1900.*

Bei dem 39jährigen Manne trat zugleich mit oder unmittelbar nach oder vor dem Erscheinen der Urticaria auf der äusseren Haut ein Erythem der Schleim-

haut im Kehlkopfe und den Fauces auf, das als Urticaria der Schleimhaut angesehen werden konnte. In diesem sehr genau beobachteten Falle war die Affection der Schleimhaut zu verschiedenen Zeiten recht verschieden, sehr häufig fand sich nur eine Schwellung der Schleimhaut über dem Aryknorpel, dann im weiteren Verlaufe ein blasses Oedem an dieser Stelle, das sich gelegentlich über die ganze Hinterwand des Kehlkopfes bis zu den Stimmbändern herab ausdehnte. Zu anderen Zeiten fanden sich diffuse, anfänglich rothe Anschwellungen, die bei Druck mit der Sonde abblassten. An den Stimmbändern tritt eine Quaddelbildung überhaupt nicht ein, es trat aber die Röthung in viel intensiverer Weise und scharf begrenzt hervor.

SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Walter A. Wells** (Georgetown University). **Ueber nervöse und psychische Störungen bei Nasenerkrankungen.** *Wien. med. Presse. No. 47 u. 48. 1902.*

W. wendet sich vor Allem gegen die Fliess'sche Auffassung, eine grosse Reihe von nervösen Folgeerscheinungen bei pathologischem Nasenbefunde als einfache Reflexerscheinungen zu erklären, selbst wenn diese von längerer Dauer waren und eines paroxysmalen Charakters entbehrten. Er sucht nach differentialdiagnostischen Momenten zwischen den Nasalneurosen und den Wirkungen der Nasenverengerung, die jedoch eine präcise Unterscheidung nicht zulassen.

CHIARI.

17) **H. L. Myers. Sensorische Neuritis der Nase. (Sensory neurosis of the nose.)** *Laryngoscope. Mai 1901.*

Bericht über einen Fall von Anosmie mit Ausgang in Parosmie.

EMIL MAYER.

18) **W. N. Nikitin** (St. Petersburg). **Kritische Skizze der Lehre von den Reflexneurosen der Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XII. H. 3. S. 430. 1902.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die historische Entwickelung und den gegenwärtigen Stand der Lehre von den nasalen Reflexneurosen. Er bespricht in erster Linie das Asthma, dann das Heufieber, die Coryza vasomotoria und die Hydrorrhoe und schliesst sich im Wesentlichen der Anschauung an, dass die Ursache der Reflexneurosen im Allgemeinzustande des Organismus (Neurathenie, Hysterie) zu suchen ist, die übermässige locale Erregbarkeit der Nasenschleimhaut aber nur eine Aeusserung eines solchen Zustandes darstellt.

F. KLEMPERER.

19) **Ch. N. Cox. Die Beziehung der Nase zu den Zeugungsorganen. (The relation of the nose to the reproductive organs.)** *The medical Times and Register. August 1902.*

Eine kurze Zusammenfassung bekannter Thatsachen.

EMIL MAYER.



20) **Linder. Ueber nasale Dysmenorrhoe.** *Münch. med. Wochenschr. No. 22. 1902.*

L. unterzog die bekannten Beobachtungen von Fliess einer Nachprüfung und kam zu folgenden Resultaten. Bei 4 Kranken war eine deutliche Wirkung der Cocainisirung der Nase nicht zu constatiren, bei 2 traten gleich anfangs so heftige Schmerzen auf, dass von weiteren Versuchen Abstand genommen wurde: bei 10 hörten die Schmerzen nach ein- oder zweimaliger Cocainisirung völlig auf; die Euphorie hielt Stunden lang bis zu einem Tage an; Kranke, die vorher wegen Schmerzen nicht schlafen konnten, schliefen die ganze Nacht hindurch. Als anderen Tages bei den erwähnten 10 Kranken die Schmerzen zurückkehrten, wurden sie — ohne ihr Vorwissen — mit Brunnenwasser behandelt. Der Effect war in 2 Fällen genau so wie bei Cocain, in 2 Fällen blieb er aus, in 6 Fällen war er geringer, als der durch Cocain erreichte, indem entweder die gänzlich verschwundenen Schmerzen nach 10—15 Minuten wiederkehrten oder indem ein Schmerzrest oder nur ein unbestimmtes Unbehagen bestehen blieb. In diesen 8 Fällen, wo ein voller Erfolg nicht eintrat, wurde derselbe wieder durch darauffolgende Cocainisirung erreicht. Als die Kranken sahen, dass sie nur mit Wasser bepinselt wurden, blieb jeder Erfolg aus; als man sie wieder mit Wasser pinselte, das jedoch die Kranken für Cocainlösung hielten, so erschienen wieder dieselben Erfolge, wie am Vorabend. Es ist also im höchsten Grade wahrscheinlich, dass die Suggestion die Hauptrolle spielt. Immerhin hat sich gezeigt, dass die nasale Therapie in einer überraschend grossen Anzahl von Fällen ein wirksames Mittel ist.

SCHECH.

21) **Ephraim** (Breslau). **Die endonasale Therapie der Dysmenorrhoe.** *Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeil. 15. 1902.*

Unter 24 Fällen 18mal prompter Erfolg nach Cocainisirung der sog. Genitalstellen (Fliess). In 8 Fällen Aetzung, 4mal dauernder Erfolg.

ZARNIKO.

22) **Stephan H. Lutz. Bericht über epileptiforme Anfälle durch Nasenoperation geheilt. (Report of epileptiform attacks cured by nasal operation.)** *Brooklyn Medical Journal. December 1902.*

Die Krampfanfälle verschwanden nach Operation einer Deviation des knorpligen und knöchernen Septums. Zur Zeit der Publication waren 5 Monate seit der Operation verflossen.

EMIL MAYER.

23) **E. Woakes. Ein Fall von Epilepsie vortäuschendem Vertigo nasalis. (A case of nasal vertigo similating epilepsy.)** *Lancet. 16. August 1902.*

Bei einem seit 10 Monaten an häufigen epileptischen Anfällen leidenden 40jährigen Manne constatirte W. eine Hyperplasie beider mittlerer Muscheln. Er entfernte die linke, die gegen das Septum drückte, mit der schneidenden Zange. Die Anfälle blieben darauf $4^1/_2$ Jahre lang völlig aus. Im Jahre 1901 traten wieder einige Anfälle auf. Da sich herausstellte, dass wieder eine Anschwellung der mittleren Muschel vorhanden war, wurde diese wiederum entfernt. Seitdem ist kein Recidiv aufgetreten.

A. BRONNER.

24) **Deodato de Carli Ein Fall von reflectorischem Schwindel von der Nase aus. (Un caso di vertigene riflessa del naso.)** *Archiv. Italian. di Otologia etc. III. 1902.*

Bei einem 26jährigen Mann, der ausser übor Nasenverstopfung, Ausfluss und Verlust des Geruchsvermögens auch über gelegentliche Schwindelanfälle klagte, wurde die ganze Nase von Borken ausgefüllt gefunden, nach deren Ausräumung sich eine grosse Perforation des knorpligen und knöchernen Septums, sowie Granulationen auf den Muscheln zeigten. Nach innerlichen Gebrauch von Jodkali, Tamponade der Nase mit in Wasserstoffsuperoxyd getränkter Watte und Auskratzung der Granulationen verschwanden alle Beschwerden. Bald jedoch musste der Patient, weil er plötzlich zu Hause, von einem heftigen Schwindel erfasst, zu Boden gefallen und nicht im Stande gewesen war, sich zu erheben, wieder ins Hospital gebracht werden. Es zeigte sich, dass er in Rückenlage sich vollkommen wohl fühlte, jedoch bei dem geringsten Versuch, sich zu erheben, wieder vom Schwindel ergriffen wurde. Die Nase fand sich wieder völlig von Borken ausgefüllt. Nachdem diese entfernt waren, verschwanden die Schwindelanfälle sofort. Um die Probe auf das Exempel zu machen, liess man die Nase jetzt ungereinigt und nach 5 Tagen stellten sich die Schwindelanfälle wieder ein, um sofort nach Entfernung der Borken wieder zu verschwinden.

In diesem Fall, in dem die wie Fremdkörper wirkenden Borken durch ihren Reiz auf die Nervenendigungen den reflectorischen Schwindel hervorgerufen haben, ist besonders die Schwere der Anfälle hervorzuheben, die zuerst an eine organische Erkrankung des Centralnervensystems denken liess.

FINDER.

25) **Holbrook Curtis. Immunisirung bei Heufieber. (Immunization in hay-fever.)** *N. Y. Medical Journal. 8. März 1902.*

Verf. hat seine Immunisirungsversuche damit begonnen, dass er einer Patientin, die an ausgesprochenem „Rosenschnupfen“ litt, subcutan rein sterilisirtes Infus von Rosen injicirte. Nach zweiwöchentlicher Behandlung war die Patientin im Stande, den Rosengeruch zu ertragen. Auf gleiche Weise und mit demselben guten Resultat hat er die Patientin dann gegen den Geruch von Veilchen und Lilien, bei dem sie vorher gleichfalls Niesparoxysmen bekam, immunisirt. Er hat nun dasselbe therapeutische Princip auch auf das Heufieber angewandt und ein Fluidextract von Ambrosia artemisifolia herstellen lassen, das, mit aromatischen Zusätzen versehen, in den Handel kommt. Jeder Flasche ist ein gedrucktes Formular beigegeben, auf welchem gebeten wird, durch systematische Untersuchungen an der Prüfung dieser therapeutischen Methode mitzuarbeiten. Nach vier Wochen waren 18 Berichte über vollständige Heilung eingelaufen, in vier Fällen war erhebliche Besserung zu verzeichnen und in 12 war das Resultat ein negatives gewesen. Im Ganzen sind ungefähr 3000 Flaschen ausgegeben worden. Nach Prüfung der Berichte und auf Grund der eigenen Erfahrung, die die sich auf ungefähr 100 Fälle gründet, kommt Verf. zu dem Schluss, dass von den Fällen, in denen das Heufieber ausschliesslich durch die Ambrosia hervorgerufen wird, circa 60 pCt. durch das Immunisirungsverfahren geheilt wurden, dass dagegen in den Fällen von Mischinfection mit Ueberwiegen der rheuma-

tischen Erscheinungen sich die Anwendung eines Sprays mit Nebennierenextract empfiehlt.
LEFFERTS.

26) **H. L. Wagner. Immunisirung bei Heufieber. (Immunization in hay fever.)** *N. Y. Medical Journal. 8. März 1902.*

Verf. hat verschiedene Pflanzenextracte in Hinsicht auf die Wirkung, die sie auf das Blutserum ausüben, untersucht. Es scheint, dass die Glykoside des Pflanzenreichs mit den Eiweissstoffen des Blutes gewisse chemische Verbindungen eingehen. In Uebereinstimmung mit Grayson ist W. der Meinung, dass toxische Rhinitiden oft auf Bildung gewisser saurer Fermentationsproducte zurückzuführen seien. Ebenso wie manche Individuen auf die Anwesenheit solcher Toxine mit einem Schnupfen reagiren, zeigen andere eine ähnliche Empfindlichkeit gegenüber den Glykosiden der Pflanzen. Verf. hat Patienten gehabt, die Heufiebersymptome zeigten, wenn sie ritten oder fuhren; er führte dies auf den Geruch des Pferdes nach Hippursäure zurück. Er hat diese Patienten mittels Injectionen von Acid. hippuric. behandelt: Jeden dritten oder vierten Tag wurde 1—2 ccm einer 3—3,5 proc. Lösung injicirt. Bei einem Patienten wurde so Heilung erzielt.
LEFFERTS.

27) **Thost. Ueber das Heufieber.** *Münch. med. Wochenschr. No. 17. 1902.*

Thost berichtet über das Resultat einer Enquete, die er an über 400 Kranken mit Heufieber angestellt hatte. Als Erreger des Heufiebers steht an erster Stelle die Vegetation, besonders die Grasblüthe, der Blüthenstaub, ferner der gewöhnliche Staub, der Staub beim Eisenbahnfahren, ferner Sonnenlicht, Hitze, trockene Luft. Durch die Angaben der Kranken wird ferner bestätigt, dass die Anfälle mit dem Blühen der Vegetation auftreten und verschwinden. Der Zeitpunkt des Auftretens des Heufiebers ist verschieden, doch differirt derselbe in Deutschland im Ganzen um 1—2 Wochen; im Allgemeinen dauert derselbe von Mitte Mai bis Anfang Juni, während hoch im Norden, wie in St. Petersburg, der 15. bis 20. Juni als Anfangspunkt angegeben wird. Für den engen Zusammenhang von Vegetation und Heufieber spricht noch der Umstand, dass auf den im Meere gelegenen Inseln mit geringer Vegetation und im Hochgebirge zu der Zeit, wo die Vegetation noch nicht entwickelt ist, ferner in den Tropen, namentlich in den feuchten Tropen, ebenso in Südamerika in den Salzdistricten von Chile und Peru mit nur spärlicher Vegetation und in den nördlich gelegenen Zonen, wo nur Moose und Flechten vorkommen, das Heufieber nicht auftritt.

Verhältnissmässig selten findet man im Nasenschleim die Blüthenpollen, welche entweder mechanisch reizen oder chemisch, wenn sie platzen und ihren Inhalt entleeren. Fast scheint es, als ob nicht die Blüthenpollen und der Blüthenstaub allein den Anfall erzeugen, sondern auch noch ein anderes Agens, das mit dem Blüthenstaub in die oberen Luftwege eindringt. Thost glaubt ferner, dass noch gewisse Gerüche und Blumendüfte als ätiologische Momente zu betrachten seien. Das Heufieber befällt nur Disponirte, und zwar Nasen- oder Halskranke, oder solche, welche mit einer ganz besonderen Empfindlichkeit der Schleimhäute ausgestattet sind (locale Disposition) oder eine allgemeine Disposition

und eine gewisse Idiosyncrasie besitzen. Gicht spielt in Deutschland als begünstigendes Moment eine Rolle, dagegen ist kein Zweifel, dass die Disposition zu Heufieber oft angeboren ist, auch scheinen die Influenzaepidemien der letzten Jahre die Erkrankung häufiger zu machen. Die Therapie lässt noch Vieles zu wünschen übrig, doch hat man Erfolge gesehen von der nasalen Behandlung, vonNarcoticis und Jod, von Hydrotherapie. Absolut sicher wirkt Wechsel des Klimas und das Aufsuchen von heufieberfreien Orten zur kritischen Zeit. Die vielen interessanten Details sind im Original nachzusehen. SCHECH.

28) **J. Payson Clark. Der Gebrauch von Nebennierenextract bei Heufieber. (The use of suprarenal extract in hay fever.)** *N. Y. Medical Record. 28. Juni 1902.*

Bei einfacher vasomotorischer Rhinitis ohne nachweisbare locale Abnormitäten und ohne allgemeine Dykrasie scheint die locale Anwendung von Nebennierenexeract in einem grossen Procentsatz der Fälle günstige Resultate zu geben, indem entweder dem Auftreten der Attacken vorgebeugt oder die Schwere der Symptome herabgemindert wird. In solchen Fällen von Heufieber dagegen, wo irgendwelche locale Abnormität in der Nase vorhanden ist, entfalten Nebennierenpräparate eine Wirkung nicht eher, als bis diese Abnormität beseitigt ist und, wenn dieses geschehen, erweist sich ihre Anwendung oft nicht mehr als nöthig. Besteht eine rheumatische oder ähnliche Dyskrasie, so ist in jedem Fall die Wirkung nicht so günstig wie in uncomplicirten Fällen. LEFFERTS.

29) **H. Mygind** (Kopenhagen). **Heufieber. (Höfeber.)** *Hospitalstidende. S. 691. 2. Juli 1902.*

Vortrag für Assistenten und Aerzte, in der oto-laryngologischen Klinik des Kopenhagener städtischen Krankenhauses gehalten. E. SCHMIEGELOW.

30) **G. B. Hope. Einige klinische Erscheinungsformen des Heufiebers und seine Behandlung. (Some clinical features regarding hay fever and its treatment.)** *Laryngoscope. August 1902.*

Ref. im Bericht über die Jahresversammlung der American laryngological Association Boston 1902. Cfr. Centralblatt XIX. S. 262. EMIL MAYER.

31) **J. W. Jervey. Die erfolgreiche Behandlung des Heufiebers. (The successfull treatment of hay fever.)** *N. Y. Medical Journal. 9. August 1902.*

Drei Factoren wirken nach J.'s Ansicht bei dem Zustandekommen des Heufiebers mit: Eine besondere nervöse Veranlagung: irgendwelche — „vielleicht lächerlich geringfügige" — Abnormität in der Nase, z. B. Hyperästhesie der Schleimhaut oder eine Abweichung in der Structur oder beides zusammen und drittens die Anwesenheit eines eigenthümlichen irritirenden Stoffes in der Luft. Verf. empfiehlt zur localen Behandlung — nach vorherigem gründlichen Spray mit einer alkalischen antiseptischen Lösung — abwechselnd eine wässrige Lösung von Nebennierenextract und eine 10proc. Cocainlösung auf die Nasenschleimhaut zu appliciren. Auch sollen ein bis zwei Tropfen der Nebennierenextract-Lösung in den Conjunctivalsack geträufelt werden. Die von dem Patienten selbst auszu-

übende Nachbehandlung besteht in drei oder mehrere Male des Tages zu gebrauchendem Nasenspray mit Dobell'scher Lösung und in innerlicher Anwendung von 0,2 g Nebennierenextracts alle drei Stunden. LEFFERTS.

32) **E. F. Ingalls. Behandlung von Heufieber durch Immunisirung. (Immunization treatment of hay-fever.)** *N. Y. Medical News. 13. September 1902.*

Verf. hat sich zur Behandlung des Heuschnupfens der Fluidextracte von Ambrosia artemisifolia und Solidago bedient und dreimal täglich davon 2 Tropfen in Kapseln gegeben; es wurde täglich um 2 Tropfen gestiegen bis zu 20 Tropfen pro die. Diese Behandlung wurde zwei Wochen lang fortgesetzt. Während der Anfälle wurde zur momentanen Erleichterung local Adrenalin angewandt. Unter 18 so behandelten Fällen sah Verf. in 12, d. h. 67 pCt., ein günstiges Resultat. Er glaubt, dass die Behandlung noch bessere Erfolge aufweisen wird, wenn der Arzt über zuverlässigere und constanter zusammengesetzte Präparate verfügen wird, als die jetzt erhältlichen es sind. LEFFERTS.

33) **Wm. R. Lowman. Harnsaure Diathese, Heufieber und Asthma. (Uricacidaemie, hay fever and asthma.)** *New England Medical Monthly. Juni 1902.*

Verf. hat in einem Fall von Heufieber einen häufigen Erfolg nach Befolgung einer vegetarischen Diät und Gebrauch von Lithionsalz eintreten sehen.

EMIL MAYER.

34) **Fl. S. Mackey. Heufieber und Asthma. (Hay fever and Asthma.)** *Northwestern Lancet. 15. Januar 1902.*

Verf. ist ein Anhänger der chirurgischen endonasalen Behandlung beim Heufieber; er entfernt mit der Schlinge Theile der unteren und mittleren Muschel.

EMIL MAYER.

35) **P. J. H. Farrell. Asthma nasalen Ursprungs; seine radicale Behandlung.** *Illinois Medical Journal. Mai 1902.*

Verf. konnte in 80 pCt. seiner Asthmafälle Heilung durch Behandlung der Nase und Entfernung von Wucherungen, Hyperplasien etc. erzielen.

EMIL MAYER.

36) **Brodie** und **Dixon. Einige Punkte in der Pathologie des Asthma spasmodicum. (Some points in the pathology of spasmodic asthma.)** *Pathological Soc. of London. Transact. 1902.*

Die Untersuchungen, die Verf. mittels des Plethysmographen anstellten, führten zu dem Ergebniss, dass die Musculatur der Bronchiolen innervirt wird von Fasern des Vagus. Ein Muskeltonus ist als normal nicht anzunehmen, denn nach Durchschneidung des Nerven oder Zerstörung seines Centrums trat eine Dilatation nicht ein. Dass dieser Musculatur ebenfalls durch den Vagus Erweiterungsfasern zugeführt werden, wird dadurch bewiesen, dass eine Erschlaffung eintritt, wenn der Vagus gereizt wird, nachdem die Musculatur durch Muscarin- oder Pilocarpininjectionen in einen Zustand tonischer Contractur gebracht wird.

Was die reflectorische Contraction der Bronchialmusculatur anbetrifft, so haben Verff. sie bei manchen Personen nach Reizung des Nervus ischiadicus ein-



treten sehen, ferner, wenn nach Durchschneidung des Vagus der centrale Stumpf gereizt wurde. Die prompteste Reflexwirkung tritt jedoch nach Reizung der Nasenschleimhaut und besonders eines hinten oben am Septum gelegenen Punktes auf.

Nach Injection von Extract aus Sputum Asthmakranker, sowie von Leyden-Charcot'schen Krystallen haben B. und D. keine Anfälle auftreten sehen. Was die Wirkung chemischer Stoffe anbelangt, so wirken manche, wie Muscarin, Pilocarpin, Physostigmin constringirend infolge von Einwirkung auf die Nervenendigungen, andere, wie Barium, Veratrin, Brom, wirken ebenso infolge von Reizung der Musculatur. Die Wirkung der ersteren kann durch Atropin aufgehoben werden, die der letzteren nicht. Sehr charakteristisch zeigte sich der Einfluss der Lobelia: es trat eine 3—4 Minuten lang andauernde Erschlaffung ein, worauf die Constriction wiederkehrte.

In der Discussion bemängelt Waggett, dass die ausgestellten Curven, die den Effect der Vagusreizung veranschaulichen sollen, kaum erkennbar seien.

E. WAGGETT.

37) Gordon King. **Nasenbluten, seine Ursachen und Behandlung. (Epistaxis, its cause and treatment.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. April 1902.*

Der Inhalt giebt nur bekannte Thatsachen wieder. EMIL MAYER.

38) **Jos. P. Booth. Ein beunruhigender Fall von Nasenbluten. (An alarming case of epistaxis.)** *Southern California Practioner. Juli 1902.*

Nachdem alle anderen Mittel fehl geschlagen hatten, trat prompt Stillstand der Blutung nach Anwendung von Adrenalin ein. EMIL MAYER.

39) **F. W. Higgins. Behandlung der Epistaxis. (Treatment of epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 1. November 1902.*

Verf. hat als ein nützliches Mittel zur Bekämpfung von Nasenblutungen das Origanum-Oel befunden. Der übrige Inhalt des Aufsatzes bringt nichts Neues.

LEFFERTS.

40) **H. W. Loeb. Nasenbluten. (Nosebleed.)** *N. Y. Medical News. 1. November 1902.*

Enthält im Wesentlichen Allbekanntes. LEFFERTS.

41) **Srebrny. Epistaxis bei chronischem Nierenleiden.** *Medycyna. No. 35. Z Posiedsén Laryngologicznych.*

Verf. bespricht zwei sehr profuse Nasenblutungen und weist auf die Wichtigkeit der Harnuntersuchungen hin bei recidivirenden Nasenblutungen. Bei der Discussion wurden von Sokolowski genau die klinischen Erscheinungen der betreffenden Blutungen auseinandergesetzt. v. SOKOLOWSKI.

42) **T. M. Gugersoll. Rhinolithen und Fremdkörper in der Nase. (Rhinoliths and foreign bodies in the nose.)** *N. Y. Medical Record. 12. April 1902.*

Mittheilung einiger Fälle, die nichts Besonderes bieten. LEFFERTS.

43) **F. S. Steward. Fremdkörper in der Nase. (Foreign bodies in the nose.)** *N. Y. Medical News. 5. Juli 1902.*

Verf. empfiehlt, hinter dem Patienten stehend, eine Sonde am Nasenboden entlang unter den Fremdkörper zu führen und dann von vorn nach oben hebelnde Bewegungen zu machen.

LEFFERTS.

44) **Hertz. Ein Fremdkörper in der Nase. (Ciato obce r nosie.)** *Gazeta Lekarska. No. 21. 1902.*

Bei einer 50jährigen Frau, die an hartnäckigen Kopfschmerzen und eitrigem Ausfluss aus der Nase litt, wurde nach Abtragung eines Stückes der geschwollenen unteren Muschel ein 2 cm langer und 1 cm breiter Fremdkörper entfernt, der sich als ein Stück Steinkohle erwies.

v. SOKOLOWSKI.

45) **Gross. Ueber einen Fremdkörper in der Nase.** *Münch. med. Wochenschr. No. 40. 1901.*

Incrustirter Schuhknopf, der sich in einen haselnussgrossen Rhinolithen umgewandelt hatte, nach 4jährigem Aufenthalt in der Nase eines 9jährigen Kindes.

SCHECH.

46) **R. Lake. Ein Fall von Fremdkörper im Nasenrachen. (A case of foreign body in the naso-pharynx.)** *Lancet. 20. September 1902.*

Bei der 48jährigen Patientin bestand seit 14 Jahren Absonderung aus der Nase und Borkenbildung. Es fand sich Atrophie der Schleimhaut in der Nase und im Nasenrachen. Aus letzterem wurde ein ungefähr Schillinggrosses Stück von der Fruchthülse einer Esche entfernt.

A. BRONNER.

c. Mundrachenhöhle.

47) **De Beurmann** und **Ramon. Glossitis exfoliativa. (Glossite exfoliatrice.)** *Société française de Dermatologie et Syphiligraphie. 3. Juli 1902.*

Gelentlich der Demonstration eines Falles von Glossitis exfoliativa marginata schlagen de B. und R. vor, diesem Namen noch die Bezeichnung „ambulans" hinzuzufügen, um das schubweise Auftreten der Affection zu kennzeichnen.

PAUL RAUGÉ.

48) **Quintin. Interessanter Fall von Zungenneuralgie, geheilt ohne Operation. (Curieux cas de névralgie linguale guéri sans opération.)** *Progrès Méd. Belge. No. 3. 1902.*

Ein künstliches Gebiss verursachte dem Verlaufe des Nerv. ling. entlang einen heftigen Schmerz, welcher auf keine medicamentöse Behandlung wich; schliesslich änderte der Autor das Gebiss, indem er die Backenzähne $2^1/_2$ mm nach aussen versetzte, so dass sie in keinen Contact mehr mit der Zunge geriethen. Daraufhin verschwanden die Nervenschmerzen vollständig.

BAYER.

49) **A Shield. Zungengeschwüre. (Ulcus of the tongue.)** *The Clinical Journal London. 24. September 1902.*

Der Aufsatz behandelt in trefflicher Weise die verschiedenen Formen der

an der Zunge vorkommenden Ulcerationen. Verf. neigt der Ansicht zu, dass durch den Bacillus anthracis hämorrhagische Geschwüre verursacht werden und betont die Nothwendigkeit bacteriologischer Untersuchungen nach dieser Richtung. Die schmerzhaften Geschwüre des Greisenalters hat er oft nach Anwendung von Chinin und Opium heilen sehen. Der Exstirpation von Zungencarcinomen empfiehlt Verf. die Laryngotomie vorausgehen zu lassen; betreffs des Écrasements bekennt er sich als ein Gegner desselben. Um die Schmerzen zu mildern, räth Sh. die Durchschneidung des N. lingualis; die Incision zu diesem Zweck wird hinter dem letzten unteren Molaris gemacht.

JAMES DONELAN.

50) **Silbermark** (Wien). **Fremdkörpertuberculose der Zunge in Tumorform.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 64. Bd. 5. u. 6. H. 1902.*

Die Untersuchung einer etwa haselnussgrossen, von normaler Schleimhaut überzogenen Anschwellung der linken Zungenhälfte ergab deutliche Tuberkelknötchen mit Riesenzellen. Gleichzeitig gefundene Körper von nicht ganz klarem Ursprung liessen mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen, dass es sich um eine Fremdkörpertuberculose handelte.

SEIFERT.

51) **L. B. Zintsmaster. Ein Fall von Zungentuberculose, der Carcinom vertäuschte. (A case of tuberculosis ressembling carcinoma in the tongue.)** *Annals of surgery. Januar 1903.*

In dem Glauben, dass es sich um einen bösartigen Tumor handelte, excidirte Z. die erkrankte Parthie der Zunge. Nach 6 Monaten Recidiv; nach 9 Monaten Exitus. Auffallend ist die Erkrankung an Tuberculose bei dem hohen Alter des Patienten: er war 80 Jahre alt. Irgendwelche sonstige Zeichen von Tuberculose in anderen Organen bestanden nicht; die Submaxillardrüsen waren nicht infiltrirt.

EMIL MAYER.

52) **Neumann. Extragenitale Sklerose der Zungenoberfläche.** (Wiener dermatologische Gesellschaft 20. November 1901.) *Wiener klin. Wochensch. 1902. No. 27.*

Die 50jährige Patientin hatte immer das Essen ihres vom Vater her hereditär luetischen Enkelkindes in demselben Löffel vorgekaut und sich dabei inficirt.

CHIARI.

53) **Abbott** und **Shattock. Macroglossia neurofibromatosa. (Macroglossia neurofibromatosa.)** *Transaction of Pathol. Soc. of London. Brit. med Journal. 25. October 1902.*

Betrifft einen Fall von bisher noch nicht beschriebener Form von Makroglossie bei einem 4jährigen Kind; gleichzeitig bestand Neurofibromatose des Gesichts und Nackens. Vf. giebt ausführliche histologische Beschreibung der exstirpirten Theile.

E. WAGGETT.

54) **Delorme. Unbestimmte Erkrankung der Zunge. (Lésion indéterminée de la tongue.)** *Société de chirurgie. 26. März 1902.*

Es handelte sich um einen 74jährigen Mann, der seit mehreren Jahren an Leukoplakia oris litt und seit 19 Monaten einen ulcerirten und indurirten Tumor

am Zungenrand zeigte, über dessen Natur D. im Unklaren ist und die Meinung seiner Collegen einholen möchte. Die Differentialdiagnose schwankt zwischen Syphilis und Carcinom; die specifische Behandlung war ohne Erfolg.

PAUL RAUGÉ.

55) **L. Loften. Eine an der Zunge bei acuter Malariainfection beobachtete Erscheinung. (A phenomenon observed on the tongue in acute malarial infection.)** *N. Y. Medical Journal. 12. April 1902.*

L. lenkt die Aufmerksamkeit darauf, dass bei acuter Malaria sich auf der Zunge ein oder zwei — gewöhnlich zwei — dunkle Linien finden, die vom Zungengrund zu der Spitze laufen und durch einen scharf begrenzten Zwischenraum von normaler Schleimhaut von einander getrennt sind. Ihre Form ist eine pyramidenähnliche, ihre Farbe schmutzig braun-roth. Sie sind leicht zu unterscheiden von den Missfärbungen, wie man sie bisweilen auf der Zunge von starken Rauchern findet und bieten, wenn man ihre Bedeutung erst einmal kennt, keinerlei diagnostische Schwierigkeiten. Sie erscheinen bereits einen Tag oder zwei Wochen nach der Infection und bleiben bei dem einen Patienten längere, bei dem andern kürzere Zeit bestehen; nach gründlicher Darreichung von Chinin verschwinden sie.

LEFFERTS.

56) **P. H. Delamere. Eigenthümliche Zeichen an der Zunge bei Ankylostomumkrankheit. (Peculiar markings of the tongue in Ankylostomiasis.)** *N. Y. Medical Record. 2. Juli 1902.*

Alle wegen Ankylostomiasis in Behandlung befindliche Patienten wiesen an der Zunge ein Zeichen auf, das so aussah, als ob sie eben eine mit blauschwarzer Tinte gefüllte Stahlfeder abgeleckt hätten; auch bei denjenigen Patienten, die bereits Ankylostomiasis durchgemacht hatten, fand sich mehr oder weniger ausgeprägt dasselbe Zeichen. Bei weiterer Untersuchung fand D. bei einer Anzahl von Kulis, die sich anscheinend der besten Gesundheit erfreuten, keine Anämie oder sonstige Zeichen der Erkrankung aufweisen, dieselbe Erscheinung an der Zunge; nach Verabfolgung von Thymol fanden sich in den Fäces dieser Individuen reife Ankylostomumwürmer. Vf. hält dieses Symptom von Seiten der Zunge für ein frühzeitiges, das dem Auftreten der Anämie vorausgeht, eine frühe Diagnose und damit ein rasches, erfolgreiches therapeutisches Einschreiten ermöglicht. Der Aufsatz ist mit Illustrationen versehen.

LEFFERTS.

57) **F. Teweles** (Wien). **Ein Fall von Struma der Zungenwurzel.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 8. 1902.*

Bei der von Gersuny vorgenommenen Operation wurde durch weiteres Vorziehen der Zunge, wodurch die Gefässe comprimirt und das Operationsfeld übersichtlich wurde, die Präventivtracheotomie umgangen. Der Fall unterscheidet sich von den bisher publicirten dadurch, dass kein Colloid vorhanden war.

CHIARI.

58) **Ralph Winslow. Accessorische Schilddrüsengeschwulst am Zungengrund. (Accessory thyroid tumor situated at the base of the tongue.)** *American Medicine. 13. December 1902.*

Die Geschwulst sass zwischen dem Foramen coecum und der Epiglottis. Da

die Entfernung per vias naturales zu grosse Schwierigkeiten bot, so musste zu einer Operation von aussen her geschritten werden. Unter Aethernarkose wurde bei hängendem Kopf in der Mittellinie eine Incision vom Kinn bis zum Zungenbein gemacht, der M. myo-hyoideus, die M. geniohyoidei und geniohyoglossi stumpf bei Seite gedrängt, bis die Geschwulst erreicht war und ausgeschält werden konnte.

EMIL MAYER.

59) **Stuparich** (Triest). **Zungenfibrom.** *Wien. med. Presse. No. 49. 1902.*

Grosses submucöses Fibrom bei einer 40jährigen Frau, das der rechten Seite des hinteren Drittels des Zungenkörpers und dem ganzen Zungengrund aufsass und nach Ligatur der Art. lingual und praevent. Tracheotomie exstirpirt wurde.

CHIARI.

60) **v. Hacker. Fibrom der Zungenbasis.** (Wissensch. Aerzte-Gesellsch. in Innsbruck, 30. Mai 1902.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 42. 1902.*

Die Diagnose hat wegen des gelblichen Durchschimmerns der Geschwulst zwischen Lipom und Fibrom geschwankt — Incision und Ausschälung —. CHIARI.

61) **Ferlito. Ein Fall von gestieltem Sarcom der Zungenbasis. (Un caso di sarcoma peduncolato della base della lingua.)** *Rassagna internazionale della medicina moderna. No. XX. 1901.*

Es handelte sich um ein kleinzelliges Sarcom mit geringer Beimischung von Bindegewebe.

FINDER.

62) **Prota. Fibrosarcom der Zungenbasis. (Fibrosarcoma della base della lingua.)** *Arch. Ital. di Otologia. Juli 1902.*

Der Tumor fand sich bei einem 63jährigen Mann, sass gestielt, aber mit breiter Basis dem Zungengrund auf und hatte Form und Grösse eines Taubeneis. Die ersten Beschwerden des Patienten datirten bereits seit 2 Jahren. Der Tumor wurde mit der heissen Schlinge entfernt. Seitdem ist bis zur Publication ein Jahr vergangen, ohne dass sich ein Recidiv gezeigt hätte.

Die mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein einer Kapsel, die aus einem Pflasterepithel, einer Schicht enorm entwickelter Gefässe und einer Schicht von Schleimdrüsen bestand; in dieser Kapsel eingeschlossen befand sich der in der Hauptsache aus Spindelzellen bestehende Tumor, dessen Centrum ein grosser Bluterguss einnahm.

FINDER.

63) **Hambert** und **Pagriez. Zungenkrebs. (Cancer de la langue.)** *Société anatomique. 6. Juni 1902.*

Es handelte sich um eine 23jährige Frau, bei der die linke Seite der Zunge im vorderen Theil zerstört war durch einen ulcerirenden Tumor von gangränösem Aussehen. Die Geschwulst war ihrer Natur nach ein Epitheliom; die Patientin ging an Metastasen in beiden Lungen zu Grunde.

PAUL RAUGÉ.

64) **S. Oppenheimer. Eine allgemeine Betrachtung über die Hyperplasie der Zungentonsille. (A general consideration on hyperplasia of the lingual tonsil.)** *Medical Critic. April Mai 1902.*

Eine Uebersicht über bekannte Thatsachen.

EMIL MAYER

65) **H. B. Lemere. Die Zungentonsille. (The lingual tonsil.)** *N. Y. Medical Record. 19. Juli 1902.*

In sehr vielen Fällen, in denen die Klagen der Patienten über Fremdkörpergefühl mit der Diagnose „Globus hystericus“ oder „Parästhesie“ abgethan werden, ergiebt eine genaue objective Untersuchung das Vorhandensein einer Hyperplasie der Zungentonsille. Vf. bedient sich zu ihrer Entfernung eines Zungentonsillotoms.

LEFFERTS.

66) **Herman Jarecky. Hypertrophie des lymphatischen Gewebes an der Zungenbasis als eine Ursache für Husten. (Hypertrophy of the lymphoid tissue at the base of the tongue as a cause of cough.)** *American Journal Med. Soc. Juli 1902.*

Ref. theilt 12 Fälle mit, in denen seiner Ansicht nach abnorm starke Entwicklung der Zungentonsille den Grund für einen bestehenden Husten abgab. Die Behandlung bestand in Abtragung der Hyperplasie mittels der Guillotine oder Schlinge. Zur Unterstützung der Diagnose empfiehlt Vf. die Cocainisirung der Zungentonsille.

A. LOGAN TURNER.

67) **A. Jousset. Pathologie der Zungentonsille. (Pathologie de l'amygdale linguale.)** *Nord médical. 19. März 1902.*

Eine allgemeine Uebersicht über die verschiedenen an der Zungentonsille zur Beobachtung kommenden pathologischen Zustände, von deren einzelnen Arten Vf. mehrere Beispiele anführt; unter anderm berichtet er auch über eine tuberculöse Ulceration der Zungentonsille.

A. CARTAZ.

d. Diphtherie und Croup.

68) **P. J. Cammidge. Der Werth der Neisser'schen Färbung für die Diagnose der Diphtherie. (The value of Neisser's stain in the diagnosis of diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 5. October 1901.*

Ref. hat mit der Neisser'schen Färbung sehr gute Resultate erzielt. Dieselbe wird auf dem Deckglas gemacht. Gleichzeitig wird etwas von dem verdächtigen Material auf Hydrocelenflüssigkeit geimpft und in den Brütschrank gestellt. Vf. hat in 200 Fällen so untersucht; das Resultat in den letzten 100 Fällen war: Färbung und Cultur positiv 33 mal, Färbung negativ, Cultur positiv 21 mal, Färbung und Cultur negativ 46 mal. C. ist geneigt, einen positiven Ausfall der Neisser'schen Färbung als unbedingt beweisend anzusehen, dagegen zeigt die obige Zusammenstellung, aus der hervorgeht, dass die Methode in 20 pCt. der Fälle in Stich gelassen hat, dass ein negativer Ausfall nichts beweist.

ADOLPH BRONNER.

69) **L. Cobbett. Bemerkung über Neisser'sche Untersuchung auf Diphtheriebacillen. (A note on Neisser's test for diphtheria bacilli.)** *Lancet. 23. November 1901.*

C. hat sich der Neisser'schen Färbung besonders in den Fällen mit Erfolg bedient, in denen die Löffler'schen Diphtheriebacillen mit grossen Mengen des

Hofmann'schen Pseudodiphtheriebacillus gemischt sind. Er lässt in solchen Fällen unter das Deckglas einen Tropfen 5proc. Essigsäure fliessen; es tritt dann eine Entfärbung der echten Diphtheriebacillen eie, während die Pseudodiphtheriebacillen zum grossen Theil die blaue Farbe behalten.

A. BRONNER.

70) **Fernand Arloing. Einfluss des Mucins auf den Löffler'schen Bacillus und sein Toxin. (Influence de la mucine sur le bacille de Loeffler et sur sa toxine.)** *Société de Biologie 21. December 1901.*

Aus seinen in vitro angestellten Untersuchungen folgert Verf.:

Mucin übt auf die Virulenz des Löffler'schen Bacillus in flüssiger Cultur eine deutliche abschwächende Wirkung aus, dagegen wird das Toxin bei seiner Mischung mit Mucin nicht verändert. Der Löffler'sche Bacillus ist nicht im Stande, sich in Mucin ohne Hinzufügung von Bouillon zu entwickeln. Es scheint also dem Mucin eine bactericide Eigenschaft und nicht eine antitoxische zuzukommen.

PAUL RAUGÉ.

71) **Schanz** (Dresden). **Zu Behring's neuester Diphtherietheorie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 2. 1902.*

Sch. ist Unitarier d. h. er behauptet die Identität des Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillus, indem er sagt, die geringere Giftigkeit eines Bacteriums könne nicht als Unterscheidungsmerkmal herangezogen werden. Nach Behring ist der Diphtheriebacillus in allen europäischen Ländern verbreitet, er ist ubiquitär, Jeder kann ihn auf seinen Schleimhäuten haben, nur diejenigen aber werden erkranken, deren Blut nicht die nöthige Antitoxinmenge besitzt. Behring sagt ferner, man werde nicht umhin können, den Diphtheriebacillen, den virulenten sowohl wie auch avirulenten, die Fähigkeit zu vindiciren, auch dann noch eine Antitoxinproduction beim Menschen zu veranlassen, wenn sie eine typische Diphtherie nicht erzeugen. Berücksichtigt man die grosse Verbreitung des Diphtheriebacillus als Ansiedler auf den Schleimhäuten, dann hat die Häufigkeit des Vorkommens von Diphtherieantitoxin im Blut nichts Ueberraschendes; Behring würde es als eine nicht abzulehnende Deduction ansehen, wenn Jemand auf die Idee käme, echte aber in ihrer Virulenz abgeschwächte Diphtheriebacillen zum Zweck der Selbstimmunisirung auf die Halsorgane zu übertragen.

SCHECH.

72) **Zupnik. Die Aetiologie der Diphtherie.** *Prager med. Wochenschr. No. 30 bis 34 incl. 1902.*

Z. bestreitet die specifische Pathogenität des Klebs-Löffler'schen Bacillus auf Grund folgender Beobachtungen:

1. In einer beträchtlichen Zahl von Fällen echter Bretonneau'scher Diphtherie ist kein Löffler-Bacillus nachzuweisen;
2. dagegen häufig bei nicht diphtheritischen Erkrankungen und
3. auch bei Gesunden.
4. Das durch den Löffler-Bacillus bei Thieren erzeugte Krankheitsbild ist anders als beim Menschen.
5. Der Diphtheriebacillus ist ein Sammelname verschiedener Arten.
6. Bei demselben Falle kommen mehrere Arten dieser Bacillen vor.

7. Bei Familienfällen kommen bei den einzelnen Geschwistern verschiedene Arten von Löffler-Bacillen vor.

8. Familienfälle, in denen bei keinem der Geschwister Löffler-Bacillen sicher nachweisbar sind.

CHIARI.

73) **Lesteur** (Lyon). **Pseudodiphtherie-Bacillen. (Bacilles pseudo-diphtériques.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 7. Februar 1902.*

L. hat 70 Culturen zum Gegenstand einer genauen Untersuchung gemacht, von denen 40 von wahren Diphtheriebacillen und 30 von Pseudodiphtheriebacillen stammten. Alle zur Unterscheidung dieser beiden Bacterienarten bisher angegebenen Merkmale erscheinen ihm unzulänglich. Möglicherweise stellt der Pseudobacillus nur eine abgeschwächte Abart des wahren dar; doch entwickelt er bisweilen ebenso toxische Eigenschaften wie dieser. Verf. ist es auch gelungen, die eine Form in die andere überzuführen.

Wirkliche Pseudodiphtheriebacillen sind sehr selten; in der Praxis kann man die Bacillen, die innerhalb 16—20 Stunden wachsen und sich nach Gram färben, als wahre Löffler'sche betrachten.

PAUL RAUGÉ.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

74) **P. L. Peláez** (Granada). **Klinische Beiträge aus der Laryngologie. (Notas clinicas de laringologia.)** *Revist. de Especialid. Medic. No. 70. 1902.*

Eingehende Uebersicht der verschiedenen Fälle von Laryngitis, welche Verf. in seiner Praxis beobachtet hat, in einigen von ihnen mit Angabe der im Verlauf der Affectionen eingeschlagenen Behandlung.

R. BOTEY.

75) **Montagnon** und **Moindrot** (Saint-Etienne.) **Acute Laryngitis Diphtherie vortäuschend. (Laryngite aigue simulant la diphtérie.)** *Loire médicale. 15. Mai 1902.*

Bei einem an Grippe erkrankten Kind zeigten sich Einziehungen im Jugulum, die 6 Tage lang beobachtet wurden; zu gleicher Zeit bedeckte sich der Mundboden mit einer festanhaftenden Membran, die völlig das Aussehen einer diphtherischen hatte. Die bacteriologische Untersuchung auf Löffler'sche Bacillen fiel negativ aus.

PAUL RAUGÉ.

76) **P. W. Williams** (Bristol). **Die klinische Bedeutung der chronischen Heiserkeit und Aphonie. (The clinical significicance of chronic hoarseness and loss of voice.)** *Bristol Med. Chir. Journ. September 1901.*

Eine gründliche, aber nichts Neues bietende Studie.

JAMES DONELAN.

77) **Bartholow. Aphonie. (Loss of voice.)** *N. Y. Medical Record. 12. Juli 1902.*

Verf. empfiehlt bei Verlust der Stimme infolge von Ermüdung oder Laryngitis zweistündliche Darreichung sehr verdünnter Salpetersäure.

LEFFERTS.

78) **Wendell C. Phillips. Einfache Ulceration der Stimmbänder. (Simple ulceration of the vocal cords.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. November 1902.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von einfachen katarrhalischen Geschwüren der Stimmbänder. EMIL MAYER.

79) **Simmonds. Ueber metastatische Gastritis und Laryngitis phlegmonosa.** *Münch. med. Wochenschr. No. 31. 1902.*

Wie eine Gastritis phlegmonosa so kann auch eine Larynxphlegmone auf metastatischem Wege entstehen. In einem Falle entwickelte sich im Verlaufe eines Gesichtserysipels eine Larynxphlegmone; in einem anderen Falle bestand eine diphtheritische Endometritis, an die sich eitrige Thrombophlebitis und eitrige Infiltration der Submucosa des Kehlkopfeinganges anschloss. SCHECH.

80) **A. Logan Turner. Das submucöse Zellgewebe des Larynx und seine Bedeutung für die Ausbreitung des Oedems. (The submucos areolar tissue of the larynx and its significance in the spread of oedema.)** *Edinbourgh Med. Journal. Mai 1902.*

Die Arbeit beginnt mit einer Schilderung dreier Fälle von Larynxödem, von denen einer tödtlich verlief. In diesem handelte es sich um einen an Kehlkopf- und Lungenphthise leidenden Mann, bei dem in Folge acuten Oedems beider ary-epiglottischen Falten und dadurch bedingten Verschlusses des Kehlkopfeinganges der Tod plötzlich eintrat. In den anderen beiden Fällen wurden die bedrohlichen Symptome durch Scarification der ödematösen Partien gehoben.

Im zweiten Theil der Arbeit werden die Resultate anatomischer Untersuchungen mitgetheilt, die mittels des Injectionsverfahrens angestellt wurden, um die Anordnung des submucösen Zellgewebes im Larynx festzustellen. Verf. bediente sich zu diesem Zweck der Carmingelatine, die, solange sie heiss war, das Gewebe sehr leicht durchdrang, und beim Erkalten schnell erstarrte. Auf diese Weise wurde die Anordnung des lockeren submucösen Gewebes in den ary-epiglottischen Falten, den Sinus piriformes, den Taschenbändern, Stimmbändern und der subglottischen Region demonstrirt und ebenso konnte gezeigt werden, wie die feste Anhaftung der Schleimhaut am freien Rand der Epiglottis und im geringeren Grade das dichtere Gewebslager unter der glosso-epiglottischen und der pharyngo-epiglottischen Falte dem Vordringen der Flüssigkeit Halt bieten.

Eine Anzahl von Abbildungen veranschaulichen die anatomischen Details.

AUTOREFERAT.

81) **Bonnamour** (Lyon). **Acutes Kehlkopfödem. (Oedème aigu du larynx.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 19. December 1902.*

B. demonstrirt im Auftrag Garel's einen Patienten mit einer eigenthümlichen Form von acutem Larynxödem. Derselbe, der an Albuminurie litt, hatte bereits zu wiederholten Malen Oedem verschiedener Körperregionen gezeigt und wurde plötzlich von einem Erstickungsanfall befallen: die laryngoskopische Untersuchung ergab als Ursache ein angioneurotisches Oedem. Die Localisation im

Larynx war wahrscheinlich mit zurückzuführen auf den Beruf des Patienten — er war öffentlicher Ausrufer. Der Anfall ging im Verlauf von 48 Stunden vorüber.

PAUL RAUGÉ.

82) **S. G. Dabney. Acutes Oedem der Epiglottis. (Acute edema of the epiglottis.)** *Mississippi Medical Record. December 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

83) **Richter** (Plauen). **Zur Kenntniss der fleckweisen Kehlkopfentzündung und isolirten fleckweisen Taschenlippenerkrankung.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 2. 1902.*

Mittheilung von 4 Fällen eigenthümlicher fleckweiser Erkrankung des Kehlkopfes, wie solche ähnliche schon vorher von B. Fränkel und Glatzel beobachtet worden waren. Sie kamen zur Zeit der Schneeschmelze vor und wurden mit dem in der Ueberschrift angegebenen Namen bezeichnet.

SCHECH.

84) **Lublinski. Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Richter: Zur Kenntniss der fleckweisen Kehlkopfentzündung.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 5. 1902.*

Hinweis auf mehrere Literaturangaben über die Erkrankungen des Kehlkopfes bei Influenza (M. Schmidt, Lublinski, Kushow), auch meint L., die von Richter beschriebenen Fälle hätten mehr Aehnlichkeit gehabt mit erosiven Geschwüren als mit Epithelneurosen, die langsamer heilen.

SCHECH.

85) **Richter. Schlussentgegnung auf die Bemerkung Lublinski's betr. meinen Aufsatz: Zur Kenntniss der fleckweisen Kehlkopfentzündung.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 7. 1902.*

R. meint, dass es sich in seinen Fällen nicht um Influenzalaryngitis handelte und dass er gesagt habe, bis 1901 fehlten weitere Berichte anderer Beobachter.

SCHECH.

86) **Sacher. Zur Kenntniss und Diagnostik des Herpes laryngis. (K ketnistike u diagnostike Herp. gortani.)** *Wr. Gaz. 19. 1902.*

S. beschreibt zwei Fälle von Herpes laryngis und giebt in kurzen Zügen die differentialdiagnostischen Merkmale des Herpes und der Miliaria cryst., Pemphigus, Eczema, Aphthae und Plaques muqueuses an.

P. HELLAT.

87) **Bettmann** (Heidelberg). **Ueber Herpes laryngis (menstrualis) nebst Bemerkungen über den menstruellen Herpes.** *Berl. klin. Wochenschr. 36. 1902.*

Der beschriebene Fall von Herpes laryngis interessirt dadurch, dass er als sog. Herpes menstrualis aufgefasst werden muss, d. h. als ein Herpes, der periodisch vor, während oder nach der Menstruation erscheint. Es ist der erste beschriebene menstruelle Herpes laryngis. Sein Zustandekommen beruht warscheinlich auf der Wirkung nervös-reflectorischer Einflüsse.

ZARNIKO.

88) **Mourret. Die rheumatischen und pseudo-rheumatischen Arthritiden des Kehlkopfes. (Des arthrites rhumatismales et pseudo-rhumatismales du larynx.)** *Thèse de Toulouse. 1902.*

Verf. giebt zunächst einen Ueberblick über die Geschichte unserer Kennt-

niss von den rheumatischen Entzündungen des Crico-arytaenoidgelenkes und schildert sodann die für diese Erkrankung charakteristischen Symptome. Es ist dies vor allem ein Schmerz oder vielmehr ein Gefühl von Unbequemlichkeit, das von dem Kranken im Niveau des Unterkieferwinkels oder des Zungenbeins localisirt wird. Die Schwere der Respirationsstörungen richtet sich danach, ob ein Gelenk oder beide befallen und mehr oder minder unbeweglich sind. Die periarticuläre Schwellung variirt je nach der Intensität der Erkrankung; desgleichen die functionellen Störungen.

Verf. macht darauf aufmerksam, dass es auch Fälle von Erkrankung des Crico-thyreoidgelenkes giebt; doch liegen wenig derartige Beobachtungen vor. Im weiteren Verlauf der Arbeit beschreibt er auch die Arthritiden, die auf eine Grippe zurückzuführen sind und leicht mit den rheumatischen Gelenkentzündungen verwechselt werden können.

E. J. MOURE.

89) **Urbano Melzi** (Mailand). **Arthritis crico-arytaenoidea bilateralis rheumatischen Ursprungs.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. p. 153. 1902.*

20jährige Patientin mit Husten ohne Auswurf, Brustschmerzen, Fieber, zunehmender Athemnoth, zu der sich Dysphagie gesellte, Stimmlosigkeit. An den inneren Organen und dem Nervensystem kein Krankheitsbefund. Am Halse prälaryngeale Schwellung und Schmerzhaftigkeit, keine Drüsenvergrösserung. Im Larynx fast vollständige Paralyse der Stimmlippen in Adductionsstellung, Hyperämie der Schleimhaut und starke Schwellung der Arytaenoidalgelenke. — Unter Inhalationen, warmen Umschlägen und Natr. salicylicum rasche Besserung bis zu vollständiger Heilung.

Der Krankengeschichte geht eine kurze Literaturzusammenstellung voraus, aus der Verf. den Schluss zieht, dass die Lehre von der Entzündung des Crico-arytaenoidealgelenkes bisher vernachlässigt sei; nur Escat (Toulouse) habe 1891 eine vollständige Arbeit über diese Krankheit herausgegeben.

F. KLEMPERER.

90) **Sir Felix Semon** (London). **Zum Aufsatz von Dr. U. Melzi: „Arthritis crico-arytaenoidea bilateralis rheumatischen Ursprungs".** *Fraenkel's Archiv. XIII. p. 303. 1902.*

Semon weist darauf hin, dass er vor 22 Jahren eine ausführliche Arbeit über die mechanischen Störungen der Function des Crico-arytaenoidealgelenkes veröffentlicht habe (Medical Times and Gazette. Vol. II. 1880), welche alles Wesentliche auch über die Arthritis crico-arytaenoid. rheumatica enthalte. „Habent sua fata libelli", bemerkt Semon gegenüber der Klage Melzi's über die Vernachlässigung dieses Gebietes.

F. KLEMPERER.

91) **Bryson Delavan. Anchylosis des Crico-arytaenoidgelenkes infolge von acut-entzündlichen Processen. (Ankylosis of the crico-arytenoid articulation due to the inflammatory causes.)** *N. Y. Medical Record. 24. Januar 1903.*

Der Aufsatz beginnt mit einer Zusammenstellung der hauptsächlichen bisher über dieses Thema veröffentlichten Mittheilungen, wobei die ausführliche Arbeit Semon's besonders erwähnt wird. Von anglosächsischen Autoren haben Watson

Williams und W. E. Casselberry in ihren Lehrbüchern den Gegenstand hinreichend gewürdigt. Die Fälle eigener Beobachtung, die Verf. erwähnt, sind folgende:

I. Acute Laryngitis mit zeitweiliger Fixation des Gelenkes.
II. Phlegmonöse Pharyngitis als Ursache für eine einseitige Anchylose im Crico-arytaenoidgelenk.
III. u. IV. Einseitige Anchylose nach Diphtherie.
IV. Vollständige Anchylose des rechten Gelenkes infolge von typhösen Ulcerationen im Kehlkopf.
V. Doppelseitige Gelenkfixation nach Typhus.

LEFFERTS.

92) **O. Frankenberger** (Prag). **Ueber das Sklerem des Kehlkopfes.** *Wiener klin. Rundschau. No. 21 u. 22. 1902.*

Beschreibung eines Skleromfalles, der aus dem nordöstlichen Quadranten Böhmens stammt und eine 53jährige Frau betraf. Der Fall kam zur Obduction, wobei sich der Musc. sternocleidomast. und die Fascia superficialis mächtig sklerotisch verdickt fand, sonst jedoch nur am weichen Gaumen und im Larynx Sklerominfiltrate aufgefunden wurden.

CHIARI.

93) **E. Ziffer** (Gleichenberg). **Ueber Larynxsklerose.** (Nach einem am 3. Congresse des Centralverbandes der Balneologen Oesterreichs 1902 in Wien gehaltenen Vortrage.) *Wien. med. Wochenschr. No. 26 u. 27. 1902.*

Eine Krankengeschichte. Der Fall wurde, um des Autors Worte zu gebrauchen: „dem Nasenbefunde gemäss als Sklerom des Larynx im Stoerk'schen Sinne aufgefasst“.

CHIARI.

94) **von Sokolowski. Ein Fall von plötzlichem Tod infolge von Larynx-Oedem bei Skleroma laryngis.** *Medycyna. No. 34. Z Posiedsén Laryngologicznych.*

Es handelte sich um ein kräftiges, ganz gesundes Mädchen vom Lande, das seit einem Jahre an Heiserkeit und trockenem Husten litt. Bei der Untersuchung wurde Verdickung der unteren Stimmbänder und ein dicker Wulst unter dem rechten wahrgenommen. Einige Tage darauf trat Athemnoth dazu und bei wiederholter Untersuchung wurde Oedem der hinteren Larynxwand beobachtet. Es wurde Tracheotomie vorgeschlagen. Die Kranke weigerte sich. Bei ruhigem Verhalten besserte sich der Zustand, die Kranke athmete frei, starb aber einige Tage darauf plötzlich, als sie vom Bette sich erheben wollte. Autopsie wurde nicht vorgenommen. Verf. meint, dass der plötzliche Tod durch einen neuen starken Anfall von Larynx-Oedem erfolgt sei. Bei dieser Gelegenheit wurde in der Discussion vom Verfasser und anderen Collegen (Wróblewski, Lubliner, Heimann, Meyerson u. A.) die Frage des plötzlichen Todes bei Rhinosklerom erörtert auf Grund entsprechender Beobachtungen.

AUTOREFERAT.

95) **von Sokolowski. Ein Fall von Skleroma laryngis.** *Medycyna. No. 35. Z Posiedsén Laryngologicznych.*

Ein 32jähriger Bauer litt seit einigen Jahren an Heiserkeit und progressiv zunehmender Athemnoth. Es wurde laryngoskopisch starke Verdickung der beiden

unteren Stimmbänder und eine diaphragmaartige Verwachsung derselben im vorderen Theile wahrgenommen. Der allgemeine Zustand war gut, die Lungen wiesen keine Veränderungen auf, im Auswurf wurden keine Bacillen gefunden. Es wurde Laryngofissur mit Auschneidung der verdickten Theile vorgenommen. Die Cultur ergab keine Skleromabacillen. Einige Wochen darauf aber entwickelte sich eine subacute Lungentuberculose, welcher der Kranke erlag. Verf. meint, da Autopsie nicht vorgenommen werden konnte, dass die Larynxerscheinungen aller Wahrscheinlichkeit nach ebenfalls tuberculösen Charakters waren oder dass die Lungentuberculose eine zufällige Complication darstellte. AUTOREFERAT.

96) **Norotny. Zwei Fälle von Sklerom. (Dra przypadki trardzieli.)** *Przeglad Lekarski. No. 9. 1903.*

Die entsprechenden Fälle wurden von Verfasser in der Krakauer Medicinischen Gesellschaft demonstrirt. Im ersten Falle beschränkte sich das Leiden auf Kehlkopf und Trachea, wo zuerst die hintere Larynxwand infitrirt wurde und dann allmälig die tief gelegenen Theile des Larynx und Trachea, was schliesslich zur Stenose führte. Bei der zweiten Kranken waren sclerotische Erscheinungen in der Nase, Kehlkopf und Trachea; auch verbreitete sich der Process noch auf das Palatum durum, wo schliesslich der Processus alveolaris zerstört wurde und derselbe mit vier entsprechenden Dentes incisivi (Schneidezähnen) entfernt wurde.

v. SOKOLOWSKI.

97) **Freytag. Ueber Kehlkopftuberculose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 19. 1902.*

Nach einigen allgemeinen Bemerkungen über Häufigkeit, Ursache und Infectionsmodus der Kehlkopftuberculose bespricht Verf. die Behandlung derselben. Von der chirurgischen Behandlung meint er, dieselbe habe doch ihren Platz behauptet, wenn auch die hochgespannten Erwartungen, die man an sie noch knüpfte, auf ein bescheideneres Maass zurückgeführt seien; vor Allem sei man in der Auswahl der Fälle vorsichtiger geworden und kann man nur bedauern, dass Uebertreibungen, wie sie Imhofer begangen habe, eine oft segensreiche Methode in Misscredit bringen konnten. Ein schwerer Uebelstand hafte der endolaryngealen Operation immer an, nämlich die Unübersichtlichkeit des Operationsfeldes. Der übrige Theil der Vorträge enthält nichts Neues. SCHECH.

98) **Carlo Dardano. Die zur Behandlung der Kehlkopftuberculose vorgeschlagenen Mittel. (I rimedi proposti per il trattamento della tuberculosi della laringe.)** *Arch. Ital. di Otologia. I. 1902.*

In der kritischen Uebersicht, die Ref. über die für die Localbehandlung der Kehlkopftuberculose gebräuchlichen Mittel giebt, fehlt nichts Wesentliches. Nicht unwidersprochen kann die Behauptung des Ref. bleiben, dass das Orthoform als Analgeticum dem Cocain — er rühmt besonders die submucösen Injectionen nach De Rossi — unterlegen sei. FINDER.

99) **O. Hamm** (Braunschweig). **Die Kehlkopftuberculose und ihre Behandlung mit Lippspringer Arminiusquelle.** *Klin.-therapeut. Wochenschr. No. 25 u. 26. 1902.*

Anempfehlung dieses Mittels, das H. mit gutem Erfolge anwandte.

CHIARI.

100) **Robert Levy. Die Wirkung des Klimas auf Kehlkopftuberculose mit besonderer Rücksicht auf Höhenorte. (The effect of climate on laryngeal tuberculosis with special reference to high altitudes.)** *Laryngoscope. October 1902.*

Ref. hat gefunden, dass bei tuberculösen Erkrankungen an Lunge und Kehlkopf in Colorado die Kehlkopfaffection im Durchschnitt 48 Wochen später zum Ausbruch kommt als in anderen Gegenden, dass ferner, wenn der Patient irgendwo anders seine Lungenerkrankung acquirirt hat, eine Kehlkopferkrankung in Colorado durchschnittlich 62,3 Wochen später auftritt, als anderswo. Es folgert daraus, dass der Aufenthalt im Höhenklima auf die Entstehung einer Kehlkopftuberculose retardirend wirkt.

EMIL MAYER.

101) **F. L. Stillman. Eine neue Methode zur Behandlung der tuberculösen Laryngitis. (A novel feature in the treatment of tubercular laryngitis.)** *Laryngoscope. September 1902.*

Die Methode besteht darin, dass die Sonnenstrahlen mittels Spiegel in den Larynx reflectirt werden.

EMIL MAYER.

102) **R. Sota y Lastra** (Sevilla). **Ueber die chirurgische Behandlung der tuberculösen Laryngitis. (Del tratamiento quirurgico de la laringitis tuberculosa.)** *Medic. y Cirug. No. 20. Mai 1902.*

Verf. bespricht in eingehender Weise die verschiedenen Behandlungsmethoden der tuberculösen Laryngitis je nach ihrer Ausdehnung und ihrem pathologischen Befunde, ihren Indicationen und Contra-Indicationen. Insbesondere geht er des Näheren auf die Methoden von Heryng und Krause ein. —

R. BOTEY.

103) **Masip** (Barcelona). **Die Tracheotomie in der Kehlkopf-Tuberculose. (La traqueotomia en la tuberculosis laringea.)** *Revist. de Cienc. Medic. de Barcelona. Juni 1902.*

Im Anschluss an einen von ihm an einer 23jährigen Patientin beobachteten Falle kommt M. zu dem Schlusse, dass die Tracheotomie der Kehlkopf-Tuberculose indicirt ist, nicht nur in Fällen von ernster Stenose, sondern auch in den seltenen Fällen, bei denen die Kehlkopfveränderungen derartig entwickelt sind, dass die durch sie verursachten Störungen auf den allgemeinen organischen Zustand einwirken könnten, aber immer mit der Bedingung, dass die Symptome seitens der Lungen keine hervorstechenden sind, und keine bedeutende Temperaturerhöhung besteht.

R. BOTEY.



104) **Geo L Richards. Tuberculöse Laryngitis. (Tubercular laryngitis.)** *Journal American Medical Association. 29. November 1902.*

Einige Formeln für intralaryngeale Behandlung.

Rp. Morph. sulf. 0,02
Calomelan. 1,3
Sacch. lact.
Bismut. subnitr. aa 2,65.
S. Zur Insufflation in den Larynx.

Rp. Menthol 2,10
Ol. amgydal. dulc. 30,0
Vitelli ovi 24,0
Orthoform 12,0
Aq. dest. 90,0.
Mf. emulsio. S. Zur intralaryngealen Injection.

Rp. Camphor
Menthol
Guajacol aa 3,2
Ol. Olivar. aa 60,0
MDS. Zur intralaryngealen Injection.

EMIL MAYER.

105) **H. Krause** (Berlin). **Zur Behandlung der Lungen- und Kehlkopftuberculose mit Hetol (Landerer).** *Berl. klin. Wochenschr. 42. 1902.*

Verf. hat 21 Fälle mit intravenösen Injectionen von Hetol behandelt. Davon sind 4 geheilt, wesentlich gebessert 13, gebessert 3. Mikroskopisch erkennt man eine Ueberschwemmung der Tuberkel mit Leucocyten, die aber keinen Zerfall sondern Neubildung von Bindegewebe und Verkleinerung des Tuberkels im Gefolge hat. — Warme Empfehlung dieser Behandlung.

ZARNIKO.

106) **Veis. Ein Beitrag zum Verlaufe der Larynxtuberculose in der Gravidität.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 4. 1902.*

Mittheilung eines rapid verlaufenden Falles, bei dem die Einleitung des künstlichen Abortus möglicherweise das letale Ende verhütet hätte. Im Anschluss daran theilt Veis eine Beobachtung von hartnäckigem Schnupfen, Nasenverstopfung und Husten bei einer Graviden mit, die garnicht wusste, dass sie gravid sei.

SCHECH.

107) **Seifert** (Würzburg). **Larynxtuberculose und Gravidität.** *Die Heilkunde. 2. 1903.*

Der in Kürze mitgetheilte Fall betrifft eine Frau von 31 Jahren, welche ein Jahr vor der 4. Gravidität mit schwerer Larynxtuberculose in Behandlung war und schliesslich als fast geheilt entlassen werden konnte. Als sie im 4. Monat der Gravidität wieder in Behandlung trat, fanden sich von Neuem schwere Veränderungen im Kehlkopf und ausgedehnte Infiltration des linken Oberlappens. Unter fortgesetzter Behandlung gingen die tuberculösen Veränderungen im Kehlkopfe

nach der Gravidität zurück, Pat. brachte ein gesundes Kind zur Welt und erholte sich weiterhin so gut, dass sie jetzt als geheilt bezeichnet werden kann.

AUTOREFERAT.

108) **C. Evans. Larynxlupus. (Laryngeal lupus.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. Mai 1902.*

Ref. berichtet über zwei Fälle von secundärer lupöser Erkrankung des Kehlkopfes.

EMIL MAYER.

109) **Garel** (Lyon). **Stridor infolge tertiärer syphilitischer Erkrankung des Kehlkopfes. (Cornage par lésion syphilitique tertiaire du larynx.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 17. October 1902.*

Der seit 6—7 Wochen bestehende Stridor erklärte sich durch eine Unbeweglichkeit der Stimmbänder infolge von Infiltration specifischer Natur.

PAUL RAUGÉ.

110) **Dufour. Kehlkopfsyphilis. (Syphilis laryngée.)** *Société anatomique. 31. October 1902.*

D. demonstrirt den Larynx eines Patienten, der unter Zeichen von Erstickung zu Grunde ging, ohne dass irgend welcher Eingriff möglich war. Es findet sich in der Regio subglottica ein tiefes, scharfrandiges Geschwür, das alle Merkmale eines syphilitischen aufweist.

PAUL RAUGÉ.

111) **C. M. Robertson. Kehlkopfsyphilis. (Syphilis of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 24. Januar 1903.*

Die Beschreibung, die Verf. von den klinischen Erscheinungsformen der Kehlkopfsyphilis giebt, bietet nichts Neues. Eine tabellarische Uebersicht veranschaulicht die differentialdiagnostischen Merkmale für Syphilis, Carcinom und Tuberculosis. Bei interner Behandlung combinirt Verf. Quecksilber mit Eisen und Phosphorsäure. Wird Jodkali verordnet, so giebt er es mit Bromnatrium zusammen, weil dadurch angeblich die Gefahr die Jodismus herabgesetzt wird. Zur localen Aetzung syphilitischer Geschwüre benutzt er eine gesättigte Lösung von Jod in Kreosot.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

112) **H. Christiani. Die Thyroidea-Pfropfung bei den Reptilien. (La greffe thyroidienne chez les reptiles.)** *Journ. de Physiologie et de Pathologie générale. Tome V. No. 1. p. 24. 1903.*

Die bei demselben Thiere, dem man sie exstirpirt, transplantirte Schilddrüse, oder die einem Thiere derselben Art eingepfropfte Schilddrüse verwächst mit ihrer neuen Umgebung, reconstruirt sich vollständig und bietet den Anblick einer functionirenden Drüse. Die histologischen Charaktere einer transplantirten Drüse sind denen der normalen gleich: Tendenz zur Atrophie der Drüse hat Verf. nie beobachtet.

I. KATZENSTEIN.

113) **J. Katzenstein. Zur Frage der Wirkung der Nervendurchschneidung auf die Schilddrüse.** *Virchow's Archiv. CLXVII. 3. S. 170.*

Entgegen den Angaben von Lübke (Virchow's Archiv. CLXVII. 3. S. 490) hält K. auf Grund seiner Untersuchungen (Arch. f. Laryngol. V. S. 285) daran fest, dass die Schilddrüse nach Exstirpation der sie versorgenden Nerven völlig degenerirt.

J. KATZENSTEIN.

114) **L. H. Mettler. Morbus Basèdow. (Exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 28. Januar 1902.*

Verf. berichtet über Morbus Basedow bei Mutter und zwei Söhnen. Er sucht in einer epikritischen Betrachtung den Nachweis zu führen, dass alles für einen nervösen Ursprung des Leidens spricht.

LEFFERTS.

115) **Emmet Rixford. Bericht über zwei operativ behandelte Fälle von Morbus Basedow. (Report of two cases of exophtalmic goiter treated by operation.)** *N. Y. Medical Record. 5. Juli 1902.*

Für die operative Behandlung eignen sich nur solche Fälle, in denen die Veränderungen am Herzen noch nicht zu weit vorgeschritten sind. Auch soll nur während einer Periode der Ruhe operirt werden. Da das Anaestheticum stets eine Quelle der Gefahr bleibt, so empfiehlt sich der Gebrauch von Cocain. Das unmittelbare Resultat der partiellen Thyreodectomie ist eine Verschlimmerung der Symptome in den ersten paar Tagen; jedoch tritt in $^3/_4$ aller Fälle definitive Heilung ein.

LEFFERTS.

116) **T. A. Booth. Morbus Basedow nach Thyroidectomie. (Exophtalmic goiter after Thyroidectomy.)** *N. Y. Medical Record. 26. Juli 1902.*

Die 8 Fälle, über die B. berichtet, betreffen alle Weiber im Alter von 17 bis 42 Jahren, bei denen sich die hauptsächlichsten für den Basedow charakteristischen Symptome vorfanden. Eine Patientin starb 24 Stunden nach der Operation; die anderen sieben befinden sich seit 2—9 Jahren in Beobachtung. Drei sind als geheilt zu betrachten; bei den vier anderen haben die Hauptsymptome mehr oder weniger abgenommen, so dass die Patientinnen sich durchaus wohl befinden.

LEFFERTS.

117) **Raoul Lewy und Lucien Veslin. Wichtigkeit der Hygiene bei der Behandlung des Morbus Basedow. (Importance de l'hygiène dans le traitement du goitre exophthalmique.)** *Presse médicale. 6. November 1902.*

Die seit dem Jahre 1883 in Beobachtung des Verf.'s befindliche Kranke hatte bis zum Jahre 1898 nur eine einfache Struma. Ende dieses Jahres begann der Kropf sich rapide zu vergrössern, es trat Exophthalmus, Tachycardie, Tremor, profuse Schweisse, Herabsetzung des Widerstandes der Haut gegen Elektricität ein. Die Affection verschlimmerte sich bis zum Mai 1899. Um diese Zeit wurde das Leben der Patientin nach hygienischen Maassregeln auf das strengste geordnet, grösste Mässigkeit und eine gemischte Milchdiät anempfohlen. Nach 2 Monaten war eine deutliche Besserung und in weniger als einem Jahre völlige Heilung zu constatiren, die zur Zeit der Veröffentlichung bereits 18 Monate anhielt.

PAUL RAUGÉ.

118) **G. Murray. Klinische Geschichte und Symptome von 120 Fällen von Morbus Basedow. (The clinical history and symptoms of 120 cases of exophtalmic goitre.)** *Lancet. 13. December 1902.*

Vortrag, gehalten in der Royal Medical and Chirurgical Society 22. October 1902.

A. BRONNER.

119) **Lanz. Weitere Mittheilung über serotherapeutische Behandlung des Morbus Basedowii.** *Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1903.*

Auch Lanz kam wie Möbius auf die Idee, den Saft resp. Milch thyreotomirter Ziegen zur Heilung der Basedow'schen Krankheit zu verwenden. L. theilt in vorliegendem Artikel 6 derart behandelte Fälle mit, welche zu weiteren Untersuchungen dringend auffordern. Burghart und Blumenthal haben nach Lanz zu experimentiren angefangen, ungefähr gleichzeitig begannen Ballet und Enriquez: über günstigen Erfolg berichten Schultes und Grehal.

SCHECH.

g. Oesophagus.

120) **Georg Gottstein. Technik und Klinik der Oesophagoskopie.** *Mit einem Vorworte von J. v. Mikulicz. 8 Tafeln und 24 Abbildungen im Texte. Jena, Verlag von Gustav Fischer. 1901.*

Die vorliegende Zusammenfassung der auf der Miculicz'schen Klinik gesammelten ösophagoskopischen Erfahrungen bildet den ersten Versuch, die Krankheiten der Speiseröhre auf Grund der ösophagoskopischen Befunde systematisch als „Klinik der Oesophagoskopie“ darzustellen. Dieser Versuch wurde dadurch erleichtert, dass die reichen Erfahrungen von v. Hacker, Rosenheim, Kelling, auf diesem Gebiete mitverwerthet werden konnten.

Das Oesophagoskop hat die Speiseröhre der Untersuchung durch das Auge zugänglich gemacht, es ermöglicht, eine Reihe von Diagnosen makroskopisch und nach der Probeexcision mikroskopisch exact zu stellen, es hat alte Krankheitsbilder in neues Licht gesetzt, uns neue Symptome kennen gelehrt und der Therapie vielfach neue Wege gezeigt. Der Autor giebt nach einem historischen Rückblick in einem allgemeinen Theil zunächst eine umfassende Beschreibung der Technik der Oesophagoskopie, wie sie nach vielen vorbereitenden Stadien derzeit in der Klinik von v. Miculicz ausgeübt wird. Das Oesophagoskop selbst ist ein gerades, starres Rohr aus Metall, das an seinem unteren Ende schräg abgeschnitten ist. Der Vortheil der schräg abgeschnittenen Röhre ist der, dass man hierdurch einen grösseren Abschnitt der Schleimhaut sehen kann. Rosenheim verzichtet auf diesen Vortheil, weil ihm nach seiner Ansicht ein viel grösserer Nachtheil gegenübersteht, nämlich der, dass das schräg auf das zu inspicirende Object auffallende Licht weniger intensiv beleuchtet als es die senkrechten Strahlen vermögen. v. Hacker's Tubus ist dem v. Miculicz'schen gleich gebaut. Dass Rosenheim mit einem dünneren Rohre die Einführung leichter bewerkstelligt, leuchtet ein; dünnere Rohre sind aber auch gefährlicher und man kann damit leichter bei z. B. carcinomatösem Oesophagus denselben perforiren als mit dicken. Als Beleuchtungsapparat wird das Leiter'sche, besser das Cooper'sche Panelektroskop

benutzt. Ueber weiteres Zuubehör des Instrumentariums sowie die Einzelheiten der Ausführung der Untersuchung, besonders die Cocainisirung des Oesophagus sowie die Hindernisse und Contraindicationen der Einführung des Oesophagoskops ist das Original einzusehen. Ob die von Mikulicz und Gottstein bevorzugte Seitenlage mit etwas nach abwärts geneigtem Gesicht oder die von v. Hacker und Rosenheim benutzte Rückenlage mit gerade und frei herabhängendem Kopfe zu bevorzugen ist, steht noch dahin. G. bevorzugt die Seitenlage, weil bei ihr eine fast völlige Entspannung der Musculatur, speciell der Bauch- und Halsmuskeln erreicht wird. In dem zweiten Theile des Buches, der Klinik der Oesophagoskopie bringt der Autor ein grosses klinisches Material, das im wesentlichen von ihm selbst beobachtet ist; es umfasst folgende Gruppen: Verletzungen, Fremdkörper, Entzündungen (acute, chronische, Geschwüre), Motilitätsstörungen und zwar hyperkinetische (Oesophagospasmus, Cardiospasmus) und hypokinetische (Parese, Paralyse, Atonie), Neurosen, Stenosen des Oesophagus (Narbenstenosen, Neubildungen, Compressionsstenosen, spastische Stenosen) Dilatationen und Divertikel.

Allen, die sich mit der besprochenen Materie ernst befassen wollen, wird ein eingehendes Studium des Gottstein'schen Buches dringend empfohlen.

J. KATZENSTEIN.

121) **R. Duperron. Die Oesophagoskopie. (L'oesophagoscopie.)** *Thèse de doctorat Bordeaux. 1902.*

Ausser über die Färbung der Schleimhaut, sowie die durch die Nachbarschaft von Herz und Aorta bedingten Erschütterungen der Speiseröhrenwandungen giebt das Oesophagoskop auch darüber Aufschluss, dass die Speiseröhre — wenigstens in ihrem thoracischen Theil — einen wirklichen und nicht einen virtuellen Hohlraum bildet. Es wird dann der Werth der Methode für die Erkennung von Stricturen, Geschwülsten, Fremdkörpern erörtert.

E. J. MOURE.

122) **Hacker. Bedeutung der Oesophagoskopie behufs Diagnose.** (Wissensch. Aerztegesellschaft in Innsbruck 14. December 1901.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 34. 1902.*

In einem complicirteren Falle von Carcinoma oesophagi konnte nur auf endoskopischem Wege die Diagnose festgestellt werden (Excision eines Stückes des Tumors und histologische Untersuchung). Bei der ersten Einführung des ösophagoskopischen Rohres glitt dasselbe in die Trachea ohne Hustenreiz auszulösen.

CHIARI.

123) **Harmer. Klinik der Oesophagoskopie.** (Aus Prof. O. Chiari's k. k. Univ.-Klinik für Kehlkopf- u. Nasenkrankheiten in Wien.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 35 u. 36. 1902.*

Bericht über 50 Fälle ösophagoskopischer Untersuchungen, von denen 23 wegen Fremdkörper, 11 wegen Carcinom, 5 wegen Narbenstrictur, 3 wegen Verletzungen und 4 wegen anderer Erkrankungen ausgeführt wurden. Nach Mittheilung der an obiger Klinik geübten Technik der Oesophagoskopie, werden die einzelnen Fälle in Form von kurzen Krankengeschichten besprochen. — H. betont

den hohen Werth der Oesophagoskopie als diagnostischen und therapeutischen Hilfsmittels.

CHIARI.

124) **Hughes** (Zürich). **Nervöse Störungen bei Oesophaguskrebs.** *Dissertation. Zürich 1902.*

Recurrenslähmungen sind vorwiegend linksseitige. Ferner ist die Nachbarschaft des Vagus und des Sympathicus-Stranges Ursache von Herzerscheinungen, erhöhter Pulsfrequenz bis zu 160. Manche Störungen beruhen nicht auf mechanischen sondern toxischen Ursachen; so sind die Fieber in späteren Stadien des Carcinoms auf Resorption von zerfallenden Krebswucherungen zurückzuführen. Da bei Zerfall der Druck auf den Vagus nachlässt, wirkt dieser wieder freier als Hemmungsnerv, weshalb die hohen Pulsfrequenzen nicht mit dem Fieber zusammenfallen.

JONQUIÈRE.

125) **Cavaillon. Injection von Chinin bei Oesophaguskrebs. (Injection de quinine dans cancer de l'oesophage.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 10. December 1902.*

Es handelte sich um eine 49jährige Kranke mit Speiseröhrenkrebs, die an absoluter Dysphagie litt. C. machte tägliche Injectionen mit 0,3 g Chininum bihydrochloricum. Nach einigen Tagen konnte die Kranke jede Art von Nahrungsmitteln schlucken; ihr Körpergewicht hob sich von 71 auf 73 kg. Wahrscheinlich handelte es sich um eine functionelle Besserung in Folge einer Gefässconstriction, wie sie durch Chinin bedingt wird.

PAUL RAUGÉ.

126) **Faure** (Paris). **Carcinom des intrathoracischen Speiseröhrentheiles durch Eingriff von hinten her ins Mediastinum entfernt. (Cancer de la portion intrathoracique de l'oesophage enlevé par la voie transmédiastinale postérieure.)** *Société de chirurgie. 17. December 1902.*

F. hat sich in seinem Fall eines neuen Operationsverfahrens bedient; er ist von hinten her ins Mediastinum eingedrungen, nachdem er die 6 rechten Rippen nahe an ihrer Wirbelinsertion resecirt hatte. Die erste Rippe muss mitresecirt werden, weil sonst der Mittelfellraum fast unzugänglich bleibt.

Das entfernte Stück der Speiseröhre betrug 11 cm. Der Patient überlebte die Operation nur um einen Tag.

PAUL RAUGÉ.

127) **Otto Stark** (Heidelberg). **Beiträge zur Sondirung der Speiseröhre.** *Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1903.*

Die gewöhnlichen geraden Schlundsonden haben grosse Fehler, gewisse Dinge lassen sich nicht mit ihnen diagnosticiren, so namentlich nicht wandständige Tumoren, oder die Länge eines Tumors, oder insuläre maligne Stenosen, oder die Grösse des Lumens einer Verengerung, am wenigsten aber narbige Stricturen nach Verätzungen oder gar Abknickungen des Oesophagusrohres, wobei der untere Abschnitt die Achse des oberen verlässt. St. bedient sich mit grösserem Vortheile Sonden, deren unteres Ende etwas abgebogen ist, und die er Divertikelsonde nennt. St. liess diese ursprüngliche Sonde verbessern (zu beziehen durch

Instrumentenmacher Dröll in Heidelberg) und mit gebogenen und geraden konisch anschwellenden aufschraubbaren Ansätzen versehen, welche auf einer kleinen Metallplatte aufgeschraubt sind, der bequemeren Uebersicht wegen. Die Details müssen im Original nachgelesen werden. SCHECH.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Jonathan Wright** (Brooklyn). **Die Nase und der Hals in der Geschichte der Medicin. (The Nose and Throat in Medical History.)** (Name des Verlegers und Jahr des Erscheinens nicht angegeben.) p. 244.

Eine seltene Vereinigung von Eigenschaften gehört dazu, eine gute Geschichte der Rhino-Laryngologie von den frühesten Zeiten bis zur Gegenwart zu schreiben: vollständige Beherrschung des Stoffes gepaart mit historischem Sinn und feinem Gefühl für die Wichtigkeit und das Verhältniss der einzelnen Entwicklungsepochen; kritische Begabung verbunden mit Unparteilichkeit und Freimuth; fesselndes Darstellungsvermögen; Kenntniss der alten und der hauptsächlichsten modernen Kultursprachen; Liebe zu dem selbstgewählten Thema und ausdauernder Fleiss; selbstständiges Quellenstudium: und endlich — last not least —: Verfügung über genug freie Zeit, um ein solches, unendlich mühevolles Unternehmen durchzuführen.

Sagen wir sofort, dass sich alle diese Eigenschaften in glücklichster Vereinigung bei unserem Autor finden. Derjenige, der die „zwanglosen und kritischen" Bemerkungen über die neueren Erscheinungen der laryngo-rhinologischen Literatur aufmerksam verfolgt hat, die der Verfasser seit einer Reihe von Jahren, zuerst im „New York Medical Journal", später im „Laryngoscope" periodisch veröffentlicht hat, durfte mit Recht mit hohen Erwartungen an die Lectüre der Wright'schen Geschichte der Laryngologie und Rhinologie herangehen, denn diese interessanten, von philosophischem Geiste getragenen, durch leidenschaftslosen Freimuth ausgezeichneten, von bewundernswerther allgemeiner Bildung und Belesenheit zeugenden Essays, die gewissermaassen Vorstudien zu dem nunmehr vorliegenden „Magnum opus" des Verfassers gebildet haben, deuteten auf ihn als geradezu auserwählt hin, ein historisches Werk von bleibendem Werthe über die Entwicklung unserer Specialität zu schaffen. Und diese Erwartungen sind nicht getäuscht worden. Die Aufgabe, die Wright sich selbst gestellt hat, wie er uns in der Vorrede erzählt: „Die Geschichte der Veröffentlichungen über die Nase und den Hals in der Medicin mit der allgemeinen Entwicklung der Geschichte der Medicin, mit den wichtigsten Zügen in der frühen Geschichte der menschlichen Civilisation, und mit der allgemeinen Literatur, die für das Thema von Bedeutung ist, in Zusammenhang zu bringen", hat er glänzend gelöst, und uns ein Werk geschenkt, über dessen bleibenden Werth und hohe Bedeutung nicht zweierlei Meinungen existiren können. War es mir vor 17 Jahren schon eine Freude, der verdienstvollen „Geschichte der Laryngologie" von Gordon Holmes warmes Lob spenden zu können (Centralblatt II, 1886, p. 517), so gebührt solches Lob

in noch höherem Grade dem Wright'schen Werke, das sich, wie ich oben citirt habe, eine bedeutend weitere Aufgabe stellt, als sein Vorgänger, und dieser Aufgabe in bewundernswerther Weise gerecht wird. Nicht, dass ich in allen Punkten der Auffassung und der Philosophie des Verfassers unbedingt zustimmte. Im Gegentheil: in manchen Punkten gehen unsere Anschauungen recht wesentlich auseinander, und ich werde im Weiteren des einen oder anderen solcher Punkte zu gedenken haben. Aber, nimmt man „Alles nur in Allem", so kann es nicht dem geringsten Zweifel unterliegen, dass Wright ein hochbedeutendes Werk geschaffen hat, das in der Bibliothek keines Laryngologen fehlen sollte, und zu dessen Vollendung ich ihm und unserer Specialwissenschaft herzlich gratulire.

Nach einer kurzen, aber sehr interessanten Einleitung, die sich mit der Physiognomie des Organs und der Etymologie des Wortes „Nase" befasst und uns ein Pröbchen des caustischen Humors giebt, der das gegenwärtige Werk ebenso würzt, wie die früheren Schriften des Verfassers, beginnt derselbe seine Schilderung mit einer sehr amüsanten Beschreibung der egyptischen Rhinologie, aus der wir lernen, dass unsere dortigen Collegen 3500 Jahre ante Christum anscheinend einer sanften Reclame ebensowenig abhold waren, wie einige ihrer heutigen Nachkommen. Es folgen Abschnitte über die Medicin der Chaldäer, der Perser, des Talmud und der alten Inder. Der letztgenannte ist besonders interessant, da der Verfasser uns nicht nur zeigt, auf welcher verhältnissmässig hohen Culturstufe sich die althindostanische Medicin befand, sondern auch, dass zwischen ihr und der altgriechischen Medicin unzweifelhaft ein inniger Zusammenhang bestand, von dem er es unentschieden lässt, ob ursprünglich die Kenntniss indischer Medicin nach Griechenland gelangte oder umgekehrt. Damit kommen wir zur griechischen Medicin, bezüglich welcher der Verfasser uns eine Fülle interessanter Einzelheiten mittheilt. So scheint es — ganz entgegen der hergebrachten Lehre, — als ob schon Hippocrates Fälle von Syphilis beobachtet habe (S. 43); so scheint derselbe Autor bereits die Idee der Intubation gehabt zu haben (S. 42); und so finden wir über jeden Zweifel erhaben die Thatsache, dass der Vater der Medicin der Urheber der Schwammmethode war (S. 46), die wir mit dem Namen Voltolini's zu verknüpfen gewohnt sind. Das sind aber nur ein paar Beispiele, die ich willkürlich herausgegriffen habe: in Wirklichkeit eröffnet die ganze Schilderung der griechischen und römischen Rhinolaryngologie in dem Wright'schen Werke einen wahrhaft überraschenden Einblick in das Denken und die Praxis unserer Vorgänger, und, wie ich wiederum hervorheben muss, in die staunenswerthe Belesenheit, das enorme Wissen, den philosophischen Gedankengang unseres Autors.

Bei der Besprechung der Medicin des Galenus, den er bei aller Anerkennung seiner Verdienste für einen fürchterlich langweiligen Pedanten erklärt, schlägt Wright vor, dass denjenigen, welche sich das Vergnügen medicinischer Polemiken erlauben, als ihrem Vergehen entsprechende Strafe die Lectüre sämmtlicher uns erhaltener Werke dieses Schriftstellers zudictirt werden solle. (S. 68).

Es ist dies nicht das erste Mal, dass unser Autor seiner unbegrenzten Abneigung gegen medicinische Controversen Ausdruck verleiht, und ebensowenig das letzte. Schon bei früheren Gelegenheiten hat er harte Urtheile über Prioritätsstreitigkeiten und Polemiken gefällt, und auch in dem vorliegenden Werke finden

wir, abgesehen von der eben citirten Stelle, solche Aesserungen wie: „Eifersucht und Streit begann bald zwischen den beiden Männern (i. e. Türck und Czermak) und die Geschichte dieses Streites ist eine unwürdige Chronik, deren Mittheilung keinen anderen guten Zweck haben würde, als ihre Thorheit und den Schaden aufzudecken, welchen solche Dinge dem Nachruhm sonst hervorragender Männer thun", (S. 207) und weiterhin, bei der Erwähnung der Krankheit Kaiser Friedrichs III. (S. 231): „Die unglücklichen Streitigkeiten zwischen seinen Aerzten bilden einen Theil der Erinnerungen vieler verhältnissmässig junger Leute. Gegenwärtig kann die Erbitterung noch nicht vollständig ausgestorben sein. Es ist daher nicht weise, hier mehr zu thun, als ein Ereigniss zu erwähnen, aus dem niemand mit Ehren hervorging, als der unglückliche berühmte Patient."

Ich muss gegen die unterschiedslose Verurtheilung medicinischer Controversen, welche die Signatur der eben citirten Aussprüche bildet, ebenso vom psychologischen wie vom historischen Standpunkt Einspruch erheben.

Gewiss wird jedermann mit dem Verfasser darin übereinstimmen, dass Polemiken und vor allen Dingen Prioritätsstreitigkeiten zu den unerfreulichsten Dingen in der medicinischen Literatur gehören; dass dieselben nicht selten — zumal wenn es sich um einen Quark handelt — direct lächerlich sind; und dass sie, wenn irgend möglich, vermieden werden sollten.

Aber ist es immer möglich, sie zu vermeiden?

Als ein Autor, der das Unglück gehabt hat, in seiner literarischen Laufbahn viel mehr mit Polemiken zu thun gehabt zu haben, als er je gedacht und gewünscht hat, beantworte ich diese Frage aus vollster Ueberzeugung verneinend.

Da ist zunächst die Klasse, an welche Dr. Wright anscheinend überhaupt nicht gedacht hat, wo es sich darum handelt, eine irrige Angabe richtig zu stellen, die sonst direct practischen Schaden thun könnte. Zum Beispiel: ein Autor stellt eine Statistik nach ganz unrichtigen Principien zusammen und schädigt dadurch eine Operation in den Augen des lesenden Publikums, die in den Händen eines erfahrenen Operateurs die segensreichsten Folgen gehabt hat. Soll der letztere schweigen um nicht seinem „Nachruhm" zu schaden, oder ist es nicht vielmehr seine directe Pflicht, den ohne Zweifel unabsichtlich begangenen Irrthum des ersten Autors aufzudecken? — Und umgekehrt: soll man sich scheuen, vor der übermässigen Ausdehnung einer unbewiesenen Theorie, vor der excessiven Anwendung einer eingreifenden Operationsmethode zu warnen, weil aus einer solchen Warnung Stoff zu einer Polemik geschöpft werden könnte? —

Und weiter möchte ich Dr. Wright an das Dichterwort erinnern: „Es kann der Beste nicht in Frieden leben, wenn es dem bösen Nachbarn nicht gefällt." — Was mir am bedauerlichsten in seiner unbedingten Verdammung erscheint, ist, dass er so gar keinen Unterschied zwischen Angreifer und Angegriffenem, zwischen Recht und Unrecht in dem Streite macht! — Es ist doch nicht dasselbe, wenn ein Mann grundlos und noch dazu in beleidigendster Weise einen anderen angreift, und wenn der andere nothgedrungen in Vertheidigung einer wissenschaftlichen Wahrheit oder seiner persönlichen Ehre das Wort nimmt. — Ich wenigstens würde es für eine grosse Ungerechtigkeit halten, unter solchen Umständen über beide Betheiligte gleichmässig den Stab zu brechen.

Unser Autor wird dem wahrscheinlich entgegenhalten, dass die beste Vertheidigung solchen Angriffen gegenüber in vornehmem Schweigen bestände. Theoretisch ist das recht schön, praktisch aber weder leicht für jemanden zu befolgen, der kein Fischblut in seinen Adern hat, noch oft genug im Interesse der Wahrheit liegend. Das alte Wort „Qui tacet, consentire videtur“ ist nicht in unseren Tagen und nicht von einem Arzte erfunden worden, hat aber heute noch ebenso seine Geltung, wie vor 1000 Jahren. Hat die Welt Gerhardt's vornehmes Schweigen während der der Krankheit Kaiser Friedrich's verstanden?

Und schliesslich möchte ich noch zwei Erwägungen ins Feld führen, die unser Autor augenscheinlich gar nicht in den Bereich seines bezüglichen Gedankenganges zieht. Zunächst ist doch nicht zu übersehen, dass so unangenehm literarische Streitigkeiten in unserer Wissenschaft sind, sie doch gewöhnlich das Gute haben, die Aufmerksamkeit früher und intensiver auf die streitigen Fragen zu lenken, als dies wohl sonst der Fall gewesen wäre. Die Prioritätsstreitigkeiten zwischen Türck und Czermak haben für die moderne Laryngologie sofort überall ein Interesse erweckt, das ihr ohne dieselben wohl kaum so schnell und so allgemein entgegengebracht worden wäre! Hatte doch Garcia's bahnbrechende Veröffentlichung volle fünf Jahre in den Verhandlungen der Royal Society geschlummert, ehe ein einziger Mensch sich um sie bekümmerte. — Die gewiss nicht angenehme Discussion, die periodisch hinsichtlich der Physiologie und Pathologie der Kehlkopfinnervation aufflackert, wirbt für die in Rede stehenden Fragen immer neue tüchtige Arbeiter. — Die Controverse über den Kehlkopfkrebs, über die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige, über die Bedeutung der mikroskopischen Untersuchung intralaryngeal entfernter Geschwulstfragmente hat in ihrer weiteren Verfolgung unsere Kenntnisse bedeutend bereichert.

Und endlich muss berücksichtigt werden, was gerade für den Historiker von höchstem Werthe ist, dass bei allen ihren Schattenseiten Controversen doch oft genug das unschätzbare Ergebniss haben, die Wahrheit an den Tag zu bringen! — Ich will nur ein Beispiel geben: in wie unwahrer Form wäre ohne die von Wright so hart verurtheilte Controverse zwischen den Aerzten Kaiser Friedrichs dessen Leidensgeschichte auf die Nachwelt gekommen? — Vielleicht darf ich den verehrten Autor bitten, einmal meinen bezüglichen Artikel in diesem Centralblatt (Vol. V. S. 243 u. ff.) nachzulesen, und sich zu erinnern, bis zu welchem Grade es — nicht zum wenigsten in seinem eigenen Vaterlande — möglich gewesen war, die öffentliche Meinung mit Einschluss des ärztlichen Urtheils irrezuleiten, ehe endlich die an sich ja sehr beklagenswerthe Controverse der Welt die Augen öffnete.

Genug, so wenig ich als Fürsprecher von Polemiken zwischen Angehörigen unseres Standes aufzutreten wünsche, so klar ich ihre Nachtheile sehe, so bitteres ich selbst in dieser Beziehung erlebt habe, so wenig glaube ich, dass sie immer vermeidbar sind, so lange uns Aerzten nicht schon bei Lebzeiten die Engelsflügel aus dem Rücken hervorwachsen, und so fest bin ich davon überzeugt, dass sie auch ihre guten Seiten haben. Ob ich unseren Autor mit meinen Ausführungen zu einer gemässigteren Auffassung veranlassen kann, weiss ich nicht: ich würde mich aber jedenfalls mit dem 76jährigen Goethe trösten, von dem ich grade

heute in dem gastfreien Hause, in welchem ich diese Zeilen schreibe, ein Autograph aus dem westöstlichen Divan in Händen gehabt habe, das mit den Worten abschliesst:

„Was bringt zu Ehren?“
„Sich wehren!“.

Die längere Abschweifung, die ich mir im Obigen habe zu Schulden kommen lassen und die Rücksicht auf den mir zu Gebote stehenden beschränkten Raum verhindern mich, auf jedes einzelne der weiteren Kapitel des Wright'schen Werkes einzugehen. Ich darf aber versichern, dass sie sämmtlich durch die gleichen Vorzüge ausgezeichnet sind, die ich an den ersten Abschnitten zu rühmen gehabt habe. Eine gewisse Enttäuschung hat mir nur das Ende des Werkes: Die Schilderung der zeitgenössischen Laryngologie -- bereitet. Freilich sagt der Verf., dass es unmöglich sei, gegenwärtig den in Rede stehenden Fragen die richtige historische Perspective zu geben, und sicherlich ist alles, was er über die gegenwärtigen Bestrebungen der Laryngologie und Rhinologie sagt, durch dieselbe strenge Unpartheilichkeit und Gerechtigkeit ausgezeichnet, wie der Rest des Werkes[1]). Aber ich muss doch bekennen, dass ich gerade von Wright hier mehr erwartet hätte, und es scheint mir übergrosse Bescheidenheit seinerseits, dass er, der früher schon Beweise dafür abgelegt hat, wie vorzüglich er sich zum kritischen Historiographen zeitgenössischer Bestrebungen eignet, sich gerade in diesem Kapitel mit der Rolle eines einfachen Berichterstatters begnügt. Ich hatte im Hinblick auf diese Eigenschaften, im Hinblick auf den gross angelegten culturgeschichtlichen Plan des Werkes gehofft, zum Schlusse desselben eine philosophische Begründung der sich in unseren Tagen vollziehenden Entwicklung der Laryngologie und Rhinologie zu finden. Der natürliche anfängliche Drang zur Registrirung von Details und zur localen Therapie nach der Einführung des Kehlkopfspiegels, die Gefahr der Uebertreibung beider, die nunmehr folgenden Versuche, die Laryngologie der Allgemeinmedicin nützlich zu machen, der Aufschwung der Rhinologie, die unmöglichen Forderungen und Erwartungen, die sich an jeden Fortschritt derselben geknüpft haben und noch knüpfen, die Bestrebungen, die Laryngologie und Rhinologie mit der Otologie zu verschmelzen, die Kämpfe der Laryngologie um ihre Selbstständigkeit, der Einfluss einzelner Schulen und einzelner

1) Einen wirklich schlimmen Irrthum aber muss ich dem Autor doch zu Gemüth führen. Auf Seite 231 frischt er die falsche Legende von neuem auf, dass Butlin und Semon die Totalexstirpation des Kehlkopfs „als nicht zu rechtfertigen verwürfen“. — Nachdem ich über diesen Punkt in klarster Weise in der Lancet 1894 das directe Gegentheil von dem gesagt habe, was mir hier zugeschrieben wird, und dann noch, als Hansberg Butlin's und meine Ansichten über die Frage der Totalexstirpation wiederum unrichtig wiedergab, seine bezüglichen Angaben speciell berichtigt habe (Fränkel's Archiv. Bd. VI. S. 379, 380), ist es doch wirklich hart, dass uns in einer von einem so vorzüglichen Literaturkenner wie Wright verfassten „Geschichte (!) der Laryngologie“ von neuem Ansichten untergeschoben werden, die wir nicht allein niemals ausgesprochen, sondern gegen die wir uns direct verwahrt haben! --



Lehrer auf die Entwicklung unserer Specialität, die Verlegung des Schwerpunkts unserer Interessen in die Specialgesellschaften und Specialjournale, alle diese und ähnliche Fragen hätten meiner Erwartung nach grade einen Culturhistoriker vom Range Wright's reizen müssen, sie in seinem Schlusskapitel in einer ihrer Wichtigkeit entsprechenden Weise zu behandeln; niemand wäre besser dazu berufen gewesen, als er, ein allem Parteigetriebe abseits stehender, kühler Beobachter, und uns, den Mitlebenden, wären seine Schlüsse, denen er sicher die historische Perspective zu verleihen im Stande gewesen wäre, wohl zu Gute gekommen. Das ist nun leider nicht geschehen, und die lockende Aufgabe: eine objectiv kritische Geschichte der modernen Rhino-Laryngologie zu schreiben, bleibt meiner Empfindung nach noch immer eine offene. — Jonathan Wright hat uns aber des Guten und Vortrefflichen soviel in seinem Werke gegeben, dass, statt mit ihm wegen der Einzelheiten zu rechten, die ich mir anders gewünscht hätte, ich vielmehr zum Schlusse noch einmal meinem Dank an ihn für das, was er uns geboten hat, Ausdruck verleihen möchte, einem Dank, von dem ich überzeugt bin, dass er dem Verfasser von allen Lesern seines Werkes von Herzen gezollt werden wird.

Felix Semon.

---

b) Referate aus den Sitzungsberichten der Wiener laryngologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Januar 1902.
Vorsitzender: Prof. O. Chiari.
Schriftführer: Dr. Müller.

1. Biehl stellt einen Offizier vor, bei welchem er wegen chronischer Eiterung in einer Kieferhöhle nach Luc-Caldwell operirte und hiermit Aufhören der Eiterung erzielte.

2. Hanszel führt eine Patientin mit congenitaler Choanalatresie vor. Es handelt sich um eine echte, marginale gemischte Atresie der rechten Choane mit Chamaeprosopie und Hypoplasie der der Atresie entgegengesetzten Gesichtshälfte. Demonstration der nach Hopmann's Angabe verfertigten Abdrücke des Nasenrachenraumes mit Stent's Masse.

An der Discussion betheiligte sich Hajek, der zur Frage der Nachbehandlung (Jodoformdocht) spricht und Roth, der einen solchen Fall an Sepsis verlor und deshalb meint, künftighin diese Fälle nach Aufklappen der Nase von aussen operativ angehen zu sollen.

3. O. Chiari demonstrirt einen Patienten mit Phlebitis in einem Angioma venosum der rechten Plica aryepiglottica.

4. Weil stellt ein Mädchen mit nach Mikulicz-Krause operirtem und geheiltem chronischem Empyem der rechten Kieferhöhle vor. Patientin erlernte die Selbsteinführung des Spülrohres bald.

Discussion: Hajek findet in diesem Falle besonders günstige Verhältnisse für die Selbsteinführung des Conductors, wie solche selten bestehen. Weil

constatirt, dass dieselben von Anfang an nicht vorhanden waren und sich erst im Laufe der Behandlung ausgebildet haben.

Sitzung vom 6. Februar 1902.

Vorsitzender: Prof. O. Chiari.
Schriftführer: Dr. Ronsburger.

1. Fein berichtet über die mikroskopischen Untersuchungen des Falles, welchen er in der Decembersitzung mit der klinischen Diagnose Rhinosklerom vorgestellt hatte, die histologisch und culturell bestätigt wurde. Die fraglichen „schneeweissen Auflagerungen“ haben sich als Schichten von Plattenepithel erwiesen.

2. Discussion über den Vortrag Hajek's: Ueber Radicaloperationen und ihre Indication bei chronischem Empyem der Kieferhöhle.

Weil redet den conservativen Methoden das Wort und verwirft besonders alle jene Methoden, bei welchen eine Communication zwischen Kieferhöhle und Mundhöhle hergestellt wird. — Réthi legt in hartnäckigen Fällen eine grosse, den unteren und mittleren Nasengang betreffende Lücke nach Exstirpation eines Theiles der unteren Muschel an und excochleirt von da aus die Kieferhöhle. Er hebt die Vortheile dieser Methode gegenüber anderen radicalen Methoden hervor. — Roth empfiehlt in allen Fällen von chronischem Empyem der Kieferhöhle zunächst die conservativen Methoden anzuwenden und erst als Ultimum refugium die radicale Operation anzuwenden.

Biehl spricht vom Standpunkte des Militärarztes für die Radicaloperation, indem ein erkrankter Soldat entweder möglichst rasch der Heilung zugeführt oder aus der Truppe entlassen werden muss.

Hajek constatirt im Schlussworte, dass sich keine wesentlichen Meinungsdifferenzen ergeben haben und meint, es sei der grösste Fortschritt in der Behandlung des Kieferhöhlenempyems die Erkenntniss, dass jede conservative Methode in besonderen Fällen ihre Berechtigung habe. Die von Réthi und Harmer empfohlene Methode hat Hajek wiederholt geübt und aus mehreren Gründen wieder aufgegeben.

Sitzung vom 5. März 1902.

Vorsitzender: Prof. O. Chiari.
Schriftführer: Regimentsarzt Doc. Biehl.

1. Clar demonstrirt als Lichtquelle eine besonders für den Landarzt passende Spirituslampe mit Schlitzkugel, welche aus der Instrumentenfabrik von H. Reiner hervorging.

2. Hanszel stellt ein Mädchen mit vollständigem Defect des häutigen und knorpeligen Septum nasi vor, in welchem Falle die klinische Differentialdiagnose zwischen Lues und Tuberculose einige Schwierigkeit darbietet. Antiluetische Behandlung hat Erfolg.



3. Hanszel stellt eine Patientin mit Rhinolaryngosklerom vor, welches sich durch ein Erysipel des Gesichtes vorübergehend fast vollständig involvirte. (Publication des Falles in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc.)

4. Harmer berichtet über seine Erfahrungen über Adrenalin und betont seine exquisit anaemisirende Wirkung.

Discussion: Roth bestätigt genannte Wirkung und constatirt weiter, dass dem Mittel keine anaesthesirende Wirkung zukommt, dass es Spontanblutungen zum Stillstand bringt, schon in Lösungen 1 : 10000 anaemisirend wirkt, u. a. auch zu Untersuchungszwecken und bei acuter Rhinitis zu empfehlen ist, vor Nachblutungen jedoch nicht schützt.

Sitzung vom 9. April 1902.

1. Menzel: Linksseitige Recurrenslähmung, verbunden mit einem Symptomencomplex, der auf eine schwielige Mediastinitis hinweist, so dass an einen causalen Zusammenhang gedacht werden muss. Allerdings ist dies nach dem heutigen Befunde unwahrscheinlich, nachdem heute nur mehr eine Parese des Stimmbandes zu sehen ist.

Discussion: O. Chiari hält die Diagnose Mediastinitis nicht für genügend begründet, woran hingegen Hajek nicht zweifeln möchte, dagegen hält Hajek nach dem jetzigen Befunde die Mediastinitis nicht für die Ursache der Lähmung.

2. Hanszel stellt ein 3jähriges Kind mit Rundzellensarkom des Rachens vor, das anfänglich im Bilde einer Angina phlegmonosa verlief, sich nach Entleerung von jauchigem Eiter vollständig zurückbildete und erst nach einigen Wochen als Tumor sich manifestirte.

An der Discussion betheiligten sich Hajek und Biehl, die ähnliche Fälle beobachteten und auf differentialdiagnostische Merkmale aufmerksam machen.

3. Hanszel demonstrirt einen Fall von Rhinosklerom, der in mehrfacher Hinsicht von dem gewöhnlichen Bilde der Erkrankung abweicht (auffallend weiche Knochen, Geschwürsbildung, kleinhöckerige Beschaffenheit der Infiltrate, bedeutende Stenosirung des Isthmus pharyngis).

4. Hanszel berichtet über den in der letzten Sitzung vorgestellten Fall von Defect des knorpeligen und membranösen Septums. Es handelt sich histologisch um Tuberculose und war somit der Erfolg der antiluetischen Behandlung ein trügerischer, der nach H.'s Ansicht der localen Application von Emplastrum cinereum zuzuschreiben sei.

5. Hanszel demonstrirt mehrere Choanalabdrücke und spricht über die Grössenverhältnisse der Choanen.

6. Weil theilt seine Beobachtungen mit, die er bei Asthmatikern mit Adrenalin machte, wobei er den günstigen Einfluss dieses Mittels hervorhebt. (Coupiren der Anfälle bei nasaler Anwendung.)

7. Pick demonstrirt ein neues Nasenspeculum, das bei H. Reiner, Instrumentenfabrik, Wien vorräthig ist. Der Griff ist scheerenartig, die Branchen sind denen beim Fraenkel'schen Speculum ähnlich gebaut.



8. Fein: Ueber die Operationen der adenoiden Vegetationen. Ausgehend von der Meinung, dass bei Anwendung der gebräuchlichen Curetten die Zahnreihen häufig ein unüberwindliches Hinderniss zur vollständigen Abtragung der adenoiden Vegetationen darbieten, hat F. der Curette einen bajonettförmigen Schaft gegeben und den letzteren auch seitlich abgebogen. Vortheile seines Instrumentes sind sichere und bequeme Ausführung der Operation, ferner der Umstand, dass man die Führung des Instrumentes stets mit dem Auge verfolgen kann und in keiner Phase der Bewegung das richtige Widerstandsgefühl verliert.

An der Discussion betheiligten sich Réthi, Roth, Weil, Heindl, Hajek und Chiari.

Sitzung vom 7. Mai 1902.

Vorsitzender: Prof. O. Chiari.
Schriftführer: Regimentsarzt Fein.

1. Harmer berichtet über einen Fall von Fremdkörper im Oesophagus. An einer stricturirten Stelle blieb ein sehr grosser Fleischbissen stecken, der in mehreren Sitzungen von Chiari und Harmer auf ösophagoskopischem Wege entfernt wurde.

2. Harmer stellt ein 14jähriges Mädchen mit Trachealstenose vor, welche sowohl durch eine vor 12 Jahren vorgenommene Tracheotomie als auch durch eine kürzlich aufgetretene Struma bedingt ist und zwar vermuthlich in der Weise, dass an der Tracheotomiestelle die Trachea ein geringeres Wachsthum durchgemacht hat und wahrscheinlich auch weicher blieb, weswegen der später hinzugekommenen Struma ein geringerer Widerstand entgegengesetzt wurde.

3. Fein stellt einen 46jährigen Mann vor, bei welchem ein Larynxtumor bestand, der klinisch schwierig zwischen Carcinom und Papillom zu diagnosticiren war. Die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose Papillom.

4. Hanszel stellt einen 64jährigen Mann vor, bei dem ein geringes Infiltrat der rechten Regio arytaenoidea und der aryepiglottischen Falte sich findet: H. begründet seine Diagnose auf einen beginnenden malignen Tumor. Eine Probeexcision verweigert Patient entschieden.

Sitzung vom 4. Juni 1902.

Vorsitzender: Prof. O. Chiari.
Schriftführer: Regimentsarzt Doc. Dr. Biehl.

1. Fein stellt eine 65jährige Frau vor mit einer die hinteren Antheile der Stimmbänder verbindenden angeborenen Membran.

Discussion: Réthi und Harmer bezweifeln diese Diagnose und demonstrirt letzterer ein Präparat aus der Chiari'schen Klinik, welches eine deutliche Membran an der Larynxhinterwand mit einer ziemlich tiefen Bucht von unten her zeigt und zufällig bei einer Section gefunden wurde.

2. Biehl stellt zwei nach Luc Caldwell operativ geheilte Fälle von Kieferhöhleneiterung vor und weiter einen Infanteristen, welcher wegen Aphonie bei der Truppe als simulationsverdächtig erschien. Beim Phonieren nähern sich die Stimmbänder fast nicht, alle therapeutischen Massnahmen erwiesen sich bisher als erfolglos.

Réthi spricht sich für die hysterische Natur dieser Aphonie aus und begründet seine Meinung — Hypnose wäre zu empfehlen.

3. Harmer demonstrirt einen Fall von linksseitiger Zungen-Gaumen-Stimmband-, Schlund- und Nackenmuskellähmung, Parese des Facialis und Atrophie der Mm. supra- und infraspinatus, die peripheren Ursprungs zu sein scheint, zumal für eine intracranielle oder medulläre Erkrankung nach genauer Prüfung kein Anhaltspunkt vorhanden ist. Chiari.

---

c) Rhino-laryngologische Section des XIV. Internationalen Congresses zu Madrid.

Sitzung vom 24. April.

Moure (Bordeaux): Ist die Coryza atrophicans eine selbstständige Erkrankung? Diagnose und Behandlung.

M. giebt einen Ueberblick über die verschiedenen klinischen Formen der Erkrankung.

1. Die eitrige ozenatöse Form der Erkrankung bei jungen Leuten („forme purulente ozénateuse des adolescents") eignet sich zur Behandlung mittelst Massage und nachfolgender Application von Argentum nitricum in Pulverform. Man hüte sich davor, die Schleimhaut abzutragen oder mit dem Galvanokauter zu cauterisiren.

2. Bei der scrophulösen Coryza pseudo-atrophica („Coryza pseudo-atrophique strumeux") beschränke man sich auf Ausspülungen und Hebung des Allgemeinzustandes.

3. Bei der atrophischen ozenatösen Coryza („Coryza atrophique ozénateux" oder „Ozèna vrai de Martin") mache man bis zum Alter von 6—10 Jahren Ausspülungen. Später versuche man eine Wiederherstellung der Muscheln mittelst Paraffininjectionen.

Moure und Brindel (Bordeaux): Resultate der Behandlung mit Paraffininjectionen bei Ozaena.

Bisher haben M. und B. 70 Ozaenakranke mittelst Paraffininjectionen in die Nasenschleimhaut behandelt; die ersten Kranken wurden dieser Behandlung vor 15 Monaten unterworfen. Redner verbreiten sich über die Technik der Methode, die Schwierigkeiten, auf die man bei ihrer Anwendung stosse, die Zufälle, auf die man gefasst sein muss, die Contraindicationen und die Dauerresultate.

Broeckaert hat die Methode modificirt, indem er an Stelle eines Paraffins von 55° Schmelzpunkt solches von 45° anwandte; er bestätigt die Resultate Moure's.

Botey verwendet, um ein Festwerden der Injectionsmasse in der Canüle zu vermeiden, Paraffin von 52° und Vaselinum liquidum.

Compaired hat das Verfahren in 13 Fällen mit gutem Erfolg geübt.

Moure: In den Fällen, in denen die Schleimhaut zu wenig resistent ist, thut man gut, ihre Widerstandsfähigkeit zunächst mehrere Monate hindurch durch Massage zu erhöhen.

Sitzung vom 25. April.

H. Cuvillier (Paris): **Behandlung der adenoiden Vegetationen während des ersten Lebensjahres.**

Wegen der Ernährungsstörungen, die durch die nasale Respiration bedingt sind und die das Wachsthum erheblich hemmen, ist, sobald die Diagnose feststeht, der chirurgische Eingriff geboten. Bereits in den ersten beiden Wochen des Lebens kann ohne jede Gefahr die Entfernung der adenoiden Vegetationen vorgenommen werden. Bei gründlicher Operation ist die Gefahr des Recidivirens ausgeschlossen.

Uruñela erwähnt einen Fall von postoperativer Blutung.

Portela betont die Schwierigkeit der Diagnose, wenn sowohl die Möglichkeit einer Digitalexploration wie einer Spiegeluntersuchung ausgeschlossen ist.

Cuvillier erwidert, dass bei Verdacht auf adenoide Vegetationen er die Diagnose bei der Operation stellt.

Compaired (Madrid): **Neurasthenie nasalen Ursprungs.**

Es giebt neurasthenische Zustände, die auf Anomalien des Naseninnern, meist Stenosen, zurückzuführen sind und nach Beseitigung dieser Anomalien verschwinden.

Broeckaert (Gent): **Die angebliche grössere Vulnerabilität des M. crico-arytenoideus posticus.**

B. hält die meisten Mittheilungen über den pathologischen Befund bei Recurrenslähmungen für mangelhaft, weil die Autoren sich mit dem makroskopischen Aussehen begnügten oder bei Angabe des mikroskopischen Befundes einfache Atrophie und Degeneration zusammenwarfen, zwei histologische vollkommen von einander verschiedene Processe, von denen die Degeneration dadurch charakterisirt ist, dass sie eine secundäre Erscheinung toxischer Natur ist.

B. hat die Muskeln und Nerven untersucht in einem Falle, in dem sich in Folge von Krebs der Schilddrüse sehr schnell eine Recurrenslähmung entwickelt hatte. Die histologische Untersuchung zeigte, dass der Posticus zum Mindesten nicht mehr atrophirt war, als die Adductoren; die Nerven befanden sich überall im gleichen Grad von Degeneration. B. schliesst, dass bei Lähmungen peripheren Ursprungs die grössere Vulnerabilität der Erweiterer nicht bewiesen ist.

In Fällen von Lähmungen bulbären Ursprungs kann man zugeben, dass eine gewisse Auswahl stattfindet und dass das Centrum des Posticus allein betroffen wird.

Die Annahme von der grösseren Vulnerabilität der Erweiterer ist eine Hypothese, und zwar keine glückliche, denn es ist nicht logisch, anzunehmen, dass der Muskel, welcher der Respiration vorsteht, weniger resistent sein soll als die Muskeln, die eine nicht angeborene, sondern erworbene Function ausüben. Auch das Studium der nach Durchschneidung des Recurrens bei Kaninchen, Katze etc. auftretenden Atrophien zeigt keine grössere Vulnerabilität der Abductoren. Bei manchen Thieren zeigen sich diese sogar ganz besonders lange widerstandsfähig.

Mignon (Nizza): Anwendung der Stimmgabel zur Diagnostik von Nebenhöhlenerkrankungen.

Redner hat die Verschiedenheit der Resonanz an leeren und gefüllten Höhlen benutzt, um aus den Schwingungen einer auf die Höhlenwand aufgesetzten Stimmgabel den Schluss zu ziehen, ob ein Empyem vorhanden ist oder nicht.

Sitzung vom 27. April.

W. Freudenthal (New York): Ueber die Aetiologie der Ozaena.

Redner gelangt zu folgenden Schlussthesen:

1. Die Ozaena ist eine sämmtliche Wandungen der Nasenhöhlen betreffende Atrophie, deren Ursache in atmosphärischen Einflüssen, besonders der zu grossen Trockenheit der Luft zu suchen ist.
2. Die Folgen dieser Trockenheit machen sich an sämmtlichen Wandungen des Naserninnern, an den angrenzenden Parthien und fast gewiss auch an entfernteren Organen bemerkbar.
3. Die Knochen der Muscheln scheinen zu Beginn der Erkrankung ergriffen.
4. Um diese Atrophie in Ozaena zu verwandeln, bedarf es noch des massenhaften Eindringens eines Bacillus.
5. Das Wachthum und die Ausbreitung dieser Bacillen kann nur auf einem geeigneten Nährboden erfolgen, d. h. da, wo schon eine Atrophie vorhanden ist.
6. Das Eindringen des Bacillus muss frühzeitig erfolgen, wenn eine Ozaena entstehen soll.
7. Dieses Eindringen geschieht wahrscheinlich immer in Folge directer Uebertragung.
8. Nebenhöhlenerkrankungen sind oft mit Ozaena vergesellschaftet.
9. Die Ozaena ist also eine autochthone Erkrankung, die zu einer Atrophie hinzutritt.

J. Dionisio (Turin): Die Lichtbehandlung der Ozaena.

D. hat, um eine Einwirkung des Lichts auf die erkrankte Nasenschleimhaut zu erzielen, entweder Licht in die Nasenhöhlen projicirt, oder, wenn es sich um eine Einwirkung auf die tieferen Theile handelte, das Licht auf kleine Crystalltuben concentrirt, die er in die Nase einführte oder er hat endlich kleine Mignonlämpchen, die mit Wasserspülung versehen waren, in das Naseninnere gebracht. Die Kur erfordert in schweren Fällen bis zu 240 Sitzungen von 2 Stunden, leichtere Fälle können schon in 40 Sitzungen geheilt werden. Redner hat in mehr als



20 Fällen Heilung erzielt, die schon seit Monaten andauert, ohne dass Spülungen oder dergleichen angewandt werden. Die Wirkung der Lichtbehandlung zeigt sich darin, dass der Fötor nachlässt, eine starke wässrige Secretion sich einstellt und die Borken sich ablösen; bei zu intensiver Bestrahlung treten Kopfschmerzen und Schwindel auf. Redner führt die günstigen Resultate auf bactericide Wirkung des Lichts und den anregenden Einfluss auf die Ernährung der Gewebe zurück. Dieselbe Methode hat er mit Erfolg bei chronischen catarrhalischen Rhinitiden und gewissen Formen von Pharyngitis angewandt.

Uruñela (Madrid): Aneurysmatische Erweiterungen der Arteria pharyngea inferior.

Characteristisch für die Aneurysmen d. A. pharyngea inferior ist eine dem Gesicht und Gefühl zugängliche, bis mandelgrosse, pulsirende Geschwulst, deren Sitz im Allgemeinen auf der rechten Seite der Mundrachenhöhle ist. Behandlung mit Jodkali zusammen mit Brom und Arsen giebt gute Resultate.

Cisneros hat mehrere Fälle gesehen, in denen es sich dem Anschein nach um Aneurysmen handelte, wo aber in Wirklichkeit nur die Krümmung eines anomal verlaufenden Gefässes vorhanden war.

Barayas ist der Meinung Cisneros.

Uruñela erwidert, dass sowohl anomaler Gefässverlauf wie Aneurysmen der A. pharyngea vorkommen.

Castex (Paris): Larynxpolypen; Beobachtungen und Operationstechnik.

C. berichtet 1. über ein grosses Fibrom; 2. über symmetrische Myxome; 3. über breitbasige Varicositäten am freien Rand der Stimmbänder bei zwei Frauen; die Tumoren schwellen zur Zeit der Menses an; 4. über eine seltene Form von Fibrom mit Demonstration mikroskopischer Präparate. Er erinnert an gewisse Neubildungen, die den Polypen ähnlich sind, aber von selbst plötzlich verschwinden. (Circumscripte Folliculitiden).

Cuvillier und Vasal (Paris): Die Anwendung des Adrenalin in der Rhino-Laryngologie.

Bei Chloroformnarkose ist nach den Erfahrungen von C. und V. das Adrenalin nicht von der gewöhnlichen Wirksamkeit; sie verfügen über zwei Fälle, in denen trotz Adrenalingebrauch sehr heftige Blutungen auftraten.

Gegen heftige Epistaxis erweisen sich einfache Bepinselungen der Schleimhaut mit Adrenalin als unzureichend; es scheint, als ob das Mittel auf erkrankte Schleimhäute nicht so energisch wirke.

Sitzung vom 28. April.

Sota y Lastra (Sevilla): Ist der chirurgische Eingriff in allen Fällen von Larynxcarcinom und in allen seinen Stadien vom medicinischen und socialen Standpunkte aus gerechtfertigt?

Redner erklärt sich für einen Anhänger chirurgischer Maassnahmen beim

Kehlkopfkrebs, um welche Form oder welches Stadium seiner Entwicklung es sich handeln möge.

Sitzt der Tumor an den Stimmbändern oder im Vestibulum laryngis, so wird man die Thyreotomie machen; die Pharyngotomie kommt in Frage, wenn die Geschwulst die obere Umrandung des Kehlkopfs einnimmt.

Die partielle oder einseitige Exstirpation des Organs bleibt für die Fälle aufbewahrt, in denen nur eine Seite des Kehlkopfs befallen ist, die Totalexstirpation ist dann angezeigt, wenn der ganze Larynx erkrankt ist.

Variot u. Bruder (Paris): Bericht über einen Fall von angeborenem Kehlkopfstridor der Säuglinge.

In dem mitgetheilten Fall ist der Stridor, wenn auch in abgeschwächtem Grade, während des Schlafes zu hören. Der Schrei des Kindes ist klar und normal; die Athmung etwas behindert. Das Allgemeinbefinden ist durchaus befriedigend. Redner führen den Stridor auf eine Missbildung des Larynx im Niveau der Epiglottis zurück, die sich bei der weiteren Entwicklung wiederausgleicht.

Fischer (New-York): Beitrag zur Kenntniss der Folgen nach Intubation.

F. spricht zunächst über die Aetiologie der Kehlkopfstenosen. Hypertrophie der Tonsillen und adenoide Vegetationen bezeichnet er als geeigneten Boden für die Infection mit Diphtherie. Er demonstrirt modificirte Tuben.

Poli (Genua) demonstrirt Metallsonden, mit denen man von der Trachealfistel eine bestehende Stenose allmählich dilatiren kann.

Rosenberg (Berlin): Einige Beobachtungen über Pachydermia laryngis.

R. weist darauf hin, dass die Mittheilungen über Pachydermie durchaus nicht erschöpfend sind. Was den Sitz anbetrifft, so ist derselbe durchaus nicht immer am Proc. vocal., sondern auch an anderen Stellen der Stimmbänder, ja selbst an der Schleimhaut über den Aryknorpeln.

Er beschreibt eine Pachydermie, die sich als ein kreidig-weisser, schuppender Tumor darstellt, der das ganze Stimmband einnimmt; bisweilen löst sich ein Stück von der kreidigen Oberfläche beim Husten los und man sieht dann den mehr oder minder rothen Grund. Einige Autoren haben kleine umschriebene Formen derselben als Mykosis betrachtet. R. erwähnt einen Fall von weissem Papillom, der für ein Carcinom gehalten wurde. Demonstration von Abbildungen.

Tapia berichtet über einen gleichen Fall, in dem die histologische Untersuchung an das Müller'sche Cholesteatom erinnerte, jedoch ohne Colestearin. Die Abbildungen, die er zeigt, gleichen genau denen Rosenberg's.

Sitzung vom 29. April.

Depierris (Paris): Das Nasenbad.

Allgemeines über die Anwendung des Nasenbads. Demonstration einer Pipette für das Nasenbad.

Castaneda (St. Sebastian): Anwendung des Adrenalin bei der Kehlkopfintubation.

C. räth vor Einführung des Tubus in Fällen von acuten Laryngitiden des Kindesalters mittels der Kehlkopfspritze etwas von einer Lösung von Adrenalin (1,0:1000,0) und Cocain einzuspritzen.

Tapia (Madrid): Das Mikroskop in der Diagnose des Kehlkopfkrebses.

Man darf, ohne durch die histologische Untersuchung sich von der Richtigkeit der Diagnose überführt zu haben, keinen grösseren Eingriff machen. Irrthümer, die besonders bei Epitheliomen nicht ausgeschlossen sind, wenn die charakteristischen Perlen und Zwiebeln fehlen, lassen sich dadurch vermeiden, dass man eine tiefe Probeexsion macht und die mikroskopischen Schnitte in longitudinaler Richtung anlegt. In manchen Fällen kann das Mikroskop auch über die Prognose und die Art des zu machenden Eingriffs etwas aussagen.

Ist das Ergebniss der Untersuchung kein unzweifelhaftes, weil das entnommene Stück nicht aus einer charakteristischen Stelle stammt, so muss eine neue Probeexcision gemacht werden.

Botella: Resultate der Behandlung des Kehlkopfkrebses.

In der Klinik von Cisneros wurden — nachdem durch die mikroskopische Untersuchung die Diagnose gesichert war — 26 Kranke operirt. Die Resultate waren folgende:

1 endolaryngeale Operation. Heilung seit 14 Monaten.

8 Thyreotomien; davon recidivirten 6 in einem Zeitraum von einem Monat bis zu 2 Jahren.

4 mal Pharyngotomia transhyoidea mit Thyreotomie; davon 3 Todesfälle unmittelbar im Anschluss an die Operation (Pneumonie), ein Fall ging nach 2 Monaten an Pneumonie zu Grunde.

2 partielle Exstirpationen; der eine Fall ist seit 2 Monaten, der andere seit 11 Monaten geheilt.

8 halbseitige Exstirpationen; drei Todesfälle post operationem (1 Collaps und 2 Pneumonien); ein Todesfall an intercurrenter Erkrankung und 4 Heilungen mit 3—30 monatlicher Beobachtungszeit.

3 Totalexstirpationen; 1 Todesfall nach 6 Monaten an intercurrenter Erkrankung ohne Recidiv nach 7 bezw. 22 Monaten.

Redner hält die Thyreotomie für sehr unsicher in ihren Resultaten; am meisten scheint ihm die partielle Exstirpation zu leisten, vorausgesetzt, dass man mit ihr den ganzen Krankheitsherd zu beseitigen hoffen kann.

Forns berichtet über 3 Fälle, die nach partieller Exstirpation bereits 3 und 5 Jahre am Leben sind.

Cisneros: Die endolaryngeale Behandlung des Krebses.

C. ist der Meinung, dass die endolaryngeale Behandlung überall da am Platz ist, wo die Ausdehnung des Tumors beschränkt ist, keine Drüsenerkrankung

besteht und die völlige Entfernung des Krankhaften möglich ist. Sobald sich ein Recidiv zeigt, muss man so schnell wie möglich zu einer äusseren Operation schreiten. Er erwähnt 5 Fälle, von denen der eine seit 14 Monaten geheilt ist, 4 recidivirten.

Tapia behauptet, dass, wie begrenzt der Tumor auch sein möge, er sich stets, wenn es sich um ein einfaches oder Drüsencarcinom handelt, nach der endolaryngealen Exstirpation wieder bildet. Wenn ein Epitheliom mit Perlenbildung vorliegt, das wenig karyokinetische Figuren enthält und Neigung zur schnellen Verhornung zeigt, so hat der Tumor relative Gutartigkeit und eignet sich mehr zur endolaryngealen Behandlung.

v. Schrötter (Wien) demonstrirt seine Dilatationsmethoden für tiefsitzende Stenosen der Trachea.

Suarez de Mendoza (Paris) demonstrirt Conchotome und andere Instrumente.

Tapia demonstrirt einen transportablen Rheostaten zur elektrischen Spiegeluntersuchung. Tapia (Madrid).

---

d) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

17. Sitzung vom 22. Februar 1901.

Vorsitzender E. Schmiegelow.
Secretär: Alex. Vincent.

1. Gottlieb Kiär: Epithelioma regionis glosso-epiglotticae.

Ein 42jähriger Arbeiter kam Anfang Februar zur Behandlung. Seit 2 Wochen Schmerzen beim Schlucken nebst Schmerzen im linken Ohre. In der Regio glosso-epiglottica sieht man dicke grauweisse Beläge. Der Rand des Kehldeckels wulstförmig verdickt. Das Kehlkopfinnere normal. Nach dem Entfernen der Beläge sieht man ein grosses speckiges Geschwür, das sich später vergrösserte. Anfangs wurde Jodkali und Quecksilber verordnet. Behufs mikroskopischer Untersuchung wurde ein Stückchen exstirpirt; die Untersuchung ergab ein typisches Epitheliom (Dr. Claudius).

2. Gottlieb Kiär: Epithelioma tonsillae sin.

Ein 25jähriger Schuhmacher hatte vor einem halben Jahre ein 2 cm grosses Geschwür auf der linken Gaumenmandel. Es wurde mit Jodkali und Quecksilber behandelt. Erst heute hat K. den Patienten wiedergesehen. Das Geschwür nimmt jetzt die ganze Mandel ein und geht auch noch über die Grenzen derselben hinaus, greift namentlich nach unten auf die Zunge hinüber. In der Regio inframaxillaris eine tumorartige Infiltration.

Sonst Mittheilungen otologischer Natur. Schmiegelow.



IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Dr. A. Canépele ist zum Dirigenten der laryngo-otiatrischen Abtheilung in der Poliambulanza Felsinea zu Bologna ernannt worden.

Dr. Pedro Lopez Pelaez, Professor der Oto-Rhino-Laryngologie an der Universität von Granada ist am 1. Mai verstorben. (Revue Hebd. de Laryngologie etc.)

An der Universität Lüttich ist eine Klinik und Poliklinik für Hals- und Ohrenkrankheiten errichtet und der Leitung von Prof. Schiffers unterstellt worden. (Revue Hebd. de Laryngologie.)

Wir entnehmen den Annales des Maladies de l'Oreille etc. die Nachricht, dass Dr. Garrigou-Desarènes, einer der Pioniere der Laryngologie in Frankreich, im Alter von 70 Jahren verstorben ist.

Dieselbe Zeitschrift bringt die Nachricht, dass das Studium der Rhinologie und Otologie in Dänemark obligatorisch gemacht worden ist.

Ebenfalls aus den Annales stammen die Mittheilungen, dass Dr. Hinsberg (Königsberg) zum ausserordentlichen Professor der Oto-Rhino-Laryngologie und Nachfolger Prof. Kümmel's an der Universität Breslau ernannt, und dass Dr. Zenker als Dirigent der Klinik für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten an die Universität Erlangen berufen worden ist.

Im Zusammenhang mit den verschiedenen Anstellungen, von denen wir im Obigen berichten, ist eine Angabe der „Annales des Maladies de l'Oreille etc." (März 1903) von Interesse. Unsere geschätzte Collegin beziffert die Anzahl der Aerzte, die sich in Deutschland gleichzeitig mit Otologie und Rhinologie befassen, auf 516, die der reinen Ohrenärzte auf 99, die der reinen Laryngologen auf 52, während 41 die Ohren- mit der Augenheilkunde verbinden sollen.

Roquer y Casadesus †.

Der Revue de Hebd. de Laryngologie zufolge ist unser geschätzter spanischer Specialcollgee Roquer y Casadesus zu Barcelona im Alter von nur 46 Jahren gestorben. Der Verblichene war einer der vorzüglichsten Vertreter der spanischen Laryngologie und einer der Herausgeber der Revista de laringologia y otologia. Mit seinen engeren Landsleuten betrauern die Specialcollegen aller Länder seinen Heimgang.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIX. Berlin, August. 1903. No. 8.

I. Was leistet die heutige Laryngologie?

Rede, gehalten bei der Fest-Versammlung süddeutscher Laryngologen in Heidelberg am 2. Juni 1903

von

Prof. Dr. O. Seifert, Würzburg.

Sehr geehrte Festversammlung, sehr verehrte Damen und Herren!

Wenn ich einen Ueberblick über die Leistungen der heutigen Laryngologie geben soll, fällt es mir ausserordentlich schwer, Ihnen ein klares Bild von dem zu entrollen, was wir als die bedeutendsten Errungenschaften auf diesem so eminent wichtigen Gebiete bezeichnen dürfen, da unsere Leistungen zu einer ganz gewaltigen Höhe angewachsen sind, zu welchen Jeder von uns seinen Beitrag geleistet hat.

Wer die Rhino-Laryngologie von ihrer frühesten Jugend an, welche jetzt bald 50 Jahre zurückliegt, verfolgt, muss staunen über die Ausbildung dieses Zweiges der Gesammtmedicin, der mit so bescheidenen Anfängen, wenn auch freudigst begrüsst von allen einsichtsvollen Aerzten, seinen Weltlauf begonnen hat. Während in früheren Jahrzehnten nur ein geringer Theil der Aerzte sich mit Nase und Hals eingehend beschäftigte, gehört heutzutage die Kenntniss von den Erkrankungen dieser Theile des menschlichen Körpers mit zu den nothwendigen Forderungen, welche Staat und Publicum an jeden Arzt stellt. Unendlich sind die Hülfsmittel, welche uns für die Erkennung sowie für die Behandlung der einschlägigen Erkrankungen zu Gebote stehen.

Von der grössten Wichtigkeit war für uns die Auffindung eines localen Betäubungsmittels, des Cocains, das in seiner gewaltigen Bedeutung nahezu gleichzusetzen ist dem Chloroform, welches der weiteren Ausbildung der Chirurgie in seinerzeit ungeahnter Weise die Wege geebnet hat.

Von den jüngeren Herren Collegen vermag keiner mehr die Schwierigkeiten zu beurtheilen, welche sich den operativen Eingriffen in Nase und Kehlkopf vor der Zeit der Auffindung des Cocains entgegenstellten; um z. B. einen Kehlkopfpolypen zu entfernen, war man vor dem Jahre 1884, als Jellinek das Cocain als Anaestheticum für die Gebilde der Nase und des Halses empfahl, genöthigt,

den Patienten wochenlang auf die Einführung eines Instrumentes einzuüben, und mit wie verhältnissmässig geringer Mühe gelingt es heute, nach ausgiebiger Anästhesirung des Kehlkopfes mit Cocain, die Geschwülste aus dem Kehlkopfe zu entfernen. Unvergesslich ist mir persönlich diese Uebergangszeit. ich hatte damals einen Lehrer mit einem Kehlkopfspolypen in Behandlung, den ich wegen seiner übergrossen Empfindlichkeit des Kehlkopfes über 2 Wochen täglich 2mal eingeübt hatte, bis ihm schliesslich die Geduld ausging, weil ich nicht zum Ziele kommen konnte. Kaum hatte der Patient die weitere Behandlung bei mir aufgegeben, als die erste Mittheilung über Cocain erschien und ganz kurze Zeit nachher ein College aus einer benachbarten Stadt mir die Nachricht zukommen liess, dass er mit Hülfe von Cocain bei meinem früheren Patienten in der ersten Sitzung den Polypen aus dem Kehlkopfe entfernt habe.

Ausser dem Cocain, dem eine Reihe von Unannehmlichkeiten, wie leicht eintretende Vergiftungserscheinungen, anhaften, kennen wir heute noch eine Reihe von anderen localen Betäubungsmitteln, das Eucain, das Tropococain, Holocain, Codein, Heroin, Anaesthesin, Orthoform, Yohimbin, während das Nebennierenextract sich weniger durch seine anästhesirende als durch seine blutleer machende Wirkung auszeichnet. Alle diese anderen Mittel sind aber nicht im Stande, das Cocain aus seiner dominirenden Stellung zu verdrängen, ebenso wenig wie im Allgemeinen das Chloroform in der Chirurgie durch Aether, Lachgas, Chloräthyl, Bromäthyl etc. ersetzt werden konnte.

Die Elektrotechnik und die Physik haben uns die werthvollste Bereicherung unserer diagnostischen und therapeutischen Hülfsmittel gebracht, die elektrischen Beleuchtungsapparate ermöglichten uns die Erleuchtung und Durchleuchtung schwer zugänglicher Körperhöhlen, ohne solche würde uns die Ausbildung der Bronchoskopie und Oesophagoskopie nicht möglich gewesen sein.

Die Verwendung der Radioskopie, d. h. die Untersuchung mittels Röntgenstrahlen, liegt nicht ausschliesslich in der Diagnostik; es muss erwähnt werden, dass eine Anzahl ernster Beobachter übereinstimmend den günstigen Einfluss der Bestrahlung beim Lupus berichtet. Für die Behandlung der Kehlkopftuberculose und des Kehlkopfkrebses mit Röntgenstrahlen liegen noch nicht genügend positive Erfahrungen vor, bei Krebs hat Delavan wenigstens eine Besserung der Erscheinungen festgestellt. Interessant ist der Versuch von Spiess, unter der Controle des Schirmbildes die Stirnhöhle von der Nase aus mittels eines Bohrers zu eröffnen. Ausserordentlich viel leistet die Radioskopie für die Durchforschung der oberen Luftwege nach Fremdkörpern; so hat Spiess ein Geldstück in der Nase nachgewiesen an einer Stelle, wo die sonst üblichen Untersuchungsmethoden nicht durchführbar waren, Hajek wies einen Zinnbolzen im rechten Bronchus nach, und so liessen sich noch viele Beispiele anführen, in welchen Fremdkörper in den Luftwegen nachgewiesen und nach genauer Feststellung ihrer Lage entfernt werden konnten. Freilich die Hoffnung, mit Hülfe der Röntgenstrahlen bösartige Geschwülste frühzeitig zu erkennen, um möglichst bald einen operativen Eingriff vornehmen zu können, hat sich bis jetzt noch nicht in zufriedenstellender Weise erfüllt.

Zur Heilung des chronischen Rachenkatarrhs und anderer Pharynxprocesse

hat Strebel eine besondere Lampe construirt, um mit Hülfe von kaltem Lichte, wobei die Strahlen des Ultraviolett, Violett und Blau chemisch thätig sind, eine reactive Wirkung zu erzielen.

Die Erkenntniss von der Bedeutung der Nase für die Pathologie der Nachbarorgane, sowie für entfernter gelegene Organe und für Allgemeinerkrankungen hat sich in letzter Zeit in erfreulicher Weise Bahn gebrochen, zumal unsere Kenntnisse von der physiologischen Bedeutung der oberen Luftwege sich in erheblicher Weise erweitert haben. Am meisten untersucht und bekannt sind die Beziehungen der Nasenrachenhöhle zu den Krankheiten der Luftwege und des Ohres, während der Zusammenhang zwischen Nasenkrankheiten und Augenleiden erst in den allerletzten Jahren durch eine Reihe von mit Ophthalmologen zusammen arbeitenden Rhinologen eingehender zum Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen gemacht worden ist. Ebenfalls neueren Datums sind die Untersuchungen über die pathologischen Beziehungen zwischen den oberen Luftwegen und den Verdauungsorganen. Mit krankhaften Processen in der Nase können Herzneurosen in Zusammenhang stehen und umgekehrt vermögen Herzkrankheiten resp. Erkrankungen des Gefässsystems gewisse Störungen in der Nase hervorzurufen. In nicht geringem Umfange machen sich die Beziehungen der Nasenerkrankungen zu den Allgemeinerkrankungen und umgekehrt geltend, speciell nehmen die acuten Infectionskrankheiten in der Pathologie der Nasenhöhle eine wichtige Stellung ein.

Dass die Erkennung der Nasenkrankheiten in ihren Beziehungen zu Nachbarorganen und zu Allgemeinerkrankungen auch von der grössten Bedeutung für unser therapeutisches Handeln werden musste, liegt auf der Hand. Aber auch die wissenschaftliche und practische Ausbildung der Aerzte zieht von allen diesen Verhältnissen Nutzen; es zeigt sich, dass auch für den Specialisten der stetige Connex mit der Gesammtmedicin eingehalten bleiben muss, dass jede Einseitigkeit auch hier wie überall in der Wissenschaft und im practischen Leben sich auf das bitterste rächen müsste. Ganz besonders muss die Beziehung zur Chirurgie auf das Eingehendste gepflegt werden, da auch für den Rhino-Laryngologen alle jene Anforderungen gelten, welche in der Chirurgie an ein zielbewusstes, den Anforderungen strengster Antisepsis und Asepsis angepasstes Handeln gestellt werden.

Der wohl ausgebildeten Eingriffe an und in der Nase sind in den letzten zwei Decennien so viele uns bekannt und geläufig geworden, dass ich hier nur Einiges streifen kann.

Die Plastik der Nase ist von Chirurgen und Rhinologen in nahezu vollkommener Weise ausgebildet worden, nicht nur in der Weise, dass Defecte an der Nase gedeckt werden können durch Hereinbeziehung anderer Haut- oder Knochentheile, sondern auch manche entstellende Formveränderungen der äusseren Nase werden jetzt durch verschiedene Verfahren in nahezu mustergiltiger Weise ausgeglichen. So sind von König, Holländer, de Quervain, Goodale, Payr und Anderen neue Methoden für die Rhinoplastik angegeben, welche zu sehr schönen kosmetischen Resultaten führen. Eine ganz besonders interessante Form von Rhinoplastik ist zum ersten Male von Weir (New-York), später von Hoffa, Joseph und Clark in einer Anzahl von Fällen ausgeführt worden. Während es

sonst der Zweck der Rhinoplastik ist, Nasendefecte zu decken, also die Folgen von Verletzungen und insbesondere von krankhaften Processen der Nase, z. B. Lupus, zu beseitigen, handelt es sich in den von den genannten Autoren behandelten Fällen um an sich vollkommen gesunde, aber durch ihre Grösse und ihre Form auffallende Nasen und damit um die Aufgabe, diese Nasenformen in unauffällige Nasenformen zu verwandeln. Für den Uneingeweihten liegt es sehr nahe, Eitelkeit als die alleinige und vorwiegende Triebfeder für den Entschluss, sich operiren zu lassen, anzunehmen, dies war jedoch bei den Operirten keineswegs der Fall. Vielmehr war es, wie ich selbst von dem einen aus meiner Klinik stammenden und von Hoffa operirten Falle weiss, der innige Wunsch, unbelästigt seines Weges gehen und unbefangen mit den Menschen verkehren zu können. Die betreffenden Patienten waren durch die auffällige Form ihrer äusseren Nase ständig den abfälligen und spöttischen Bemerkungen des Publikums ausgesetzt gewesen und dadurch in eine seelische Depression hineingerathen, aus welcher sie durch den operativen Eingriff in vollkommen befriedigender Weise befreit wurden.

Eine ausserordentliche Bereicherung unseres therapeutischen Handelns bei gewissen Difformitäten der Nase, welche ihre Träger social schwer schädigen und bisher nur durch grössere Operationen zu beseitigen waren, stellt das von Gersuny (1900) angegebene Verfahren von Paraffininjectionen dar. In erster Linie sind hier die entstellenden Sattelnasen zu erwähnen, welche nach Zerstörung des knöchernen Nasengerüstes durch Verletzungen und geschwürige Processe im Naseninnern entstehen und den unglücklichen Kranken ein lächerliches Aussehen geben, dann kommen auch noch jene Fälle in Betracht, bei welchen einfach eine Einsenkung der Nasenwurzel besteht; diese aber genügt schon, um den armen Menschen ein abstossendes Aussehen zu geben. In solchen Fällen gelingt es, in wenigen Minuten durch Einspritzen von Paraffin und durch Modelliren der Injectionsmasse der äusseren Nasenform ein normales Aussehen zu verschaffen, ohne dass es zu einer erheblichen Reaction kommt. Die Einsenkung ist bei richtiger Vertheilung des Paraffins sofort verschwunden, die Nasenspitze richtet sich nach abwärts, die Nasenflügel heben sich.

Moszkowicz konnte kurz nach dem Bekanntwerden der Methode von Gersuny die vortreffliche Wirkung derselben bei 9 Fällen von Sattelnase erproben und seither sind von einer grossen Anzahl von Autoren (Fein, Brauchbar, Spicer, Baratoux, Broeckaert, Smith, Moure, Martineau, Joster, Baurowicz, Eckstein, Stephan, Wolff) weitere glückliche Erfolge mitgetheilt. Auch bei anderen Processen hat diese Methode Anwendung gefunden. Wir wissen durch M. Schmidt, unseren verehrten Ehrenpräsidenten, dass manche Patienten an Undurchgängigkeit der Nase leiden wegen Anliegen der Nasenflügel an die Scheidewand bei der Einathmung. Diese Störungen konnten nur durch Dilatatoren, wie sie von Feldbausch, Otto, Jankau, Guye, Schmidthuisen oder durch operative Eingriffe (Josef, Dobisch), aber in einer für den Patienten nicht immer angenehmen Weise beseitigt werden. Nun hat Menzel mit Hülfe der Gersuny'schen Paraffinprothese, indem er Paraffin + Vaselin in den Nasenflügel einspritzte, eine sehr einfache Methode angegeben, um dauernd

diese sehr unangenehme Störung zu beseitigen. In wieweit die von Moure und Brindel bei der Ozaena empfohlenen Paraffininjectionen zu befriedigenden Ergebnissen führen können, müssen erst noch weitere Versuche lehren.

Auch in der Behandlung innerer Krankheiten der Nase sind wir ausserordentlich viel weiter gekommen, wenn wir auch noch nicht ein einfaches und sicheres Mittel zur raschen Beseitigung der allerhäufigsten und gewöhnlichsten Erkrankung gefunden haben, des Schnupfens. Hier müssen wir, so leid es mir thut, doch unsere Ohnmacht eingestehen. Bei einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Erkrankungen der Nase leistet die Massage der Schleimhaut, die von Michele Braun mit grösstem Enthusiasmus empfohlen wurde, gute Dienste. M. Schmidt und Spiess verwenden hierzu elektrische Apparate, Andere begnügen sich mit der durch Watte armirten Sonde. Zu Aetzungen in der Nase stehen uns Chromsäure, Trichloressigsäure, der Thermokauter, die Elektrolyse und der Galvanokauter zur Verfügung, nur will es mir scheinen, als ob hier des Guten zu viel gethan würde. Das Ausbrennen der Nase hat eine Ausdehnung angenommen, die man nicht mehr gutheissen kann, wir dürfen wohl bestrebt sein, diesen Auswüchsen in der Therapie einigen Einhalt zu thun.

Die Entfernung gut- und bösartiger Geschwülste der Nase gelingt durch die Verbesserung unserer Instrumente und unserer Operationsmethoden unvergleichlich viel leichter als früher, zumal durch die Anwendung des Nebennierenextractes als eines eminent blutstillenden Mittels die Operation im Innern der Nase ungemein vereinfacht wird.

Ganz hervorragend sind unsere Kenntnisse von der Lehre und Behandlung der Nebenhöhleneiterungen, die mit zu den häufigsten und lästigsten Erkrankungen gehören, denen die Menschen unterworfen sind. Es gehört nicht in den Rahmen meines Vortrages, Ihnen die Errungenschaften unserer Wissenschaft nach dieser Richtung hin detaillirt zu schildern, ich muss mich mit einem einfachen Hinweis darauf begnügen, dass gerade hier die Rhinologen ausserordentlich viel zum Wohle der leidenden Menschheit geleistet haben.

Die Pathologie des Nasenrachenraumes brauche ich nur mit wenigen Worten zu streifen, da nicht leicht auf einem anderem Gebiete wie auf diesem das grosse Publikum das regste Interesse an unseren Errungenschaften genommen hat. Das von W. Meyer in Kopenhagen im Jahre 1868 gezeichnete Bild der adenoiden Vegetationen, der Wucherungen im Nasenrachenraum, ist maassgebend geblieben für alle Beobachter, aber es wurde die Entwickelung dieser Krankheit näher studirt, ihre pathologische Anatomie durchforscht, das Operationsverfahren in der mannigfachsten Weise modificirt. Kein Krankheitsbild auf unserem Gebiete hat wie dieses eine sociale Bedeutung gewonnen: einmal da sich die ungeheure Verbreitung und Häufigkeit der Erkrankung im Kindesalter herausstellte und andererseits die vielfachen Beziehungen zum Gehörorgan, zu den Respirationsorganen und auch zu den psychischen Functionen im grossen Publikum wohlbekannt wurden. Auch von einfachen Leuten, welche die Tageszeitungen lesen, werden die Kinder zum Arzte gebracht, theils um die körperlichen, theils um die psychischen Störungen beseitigen zu lassen. Dass gerade in letzterer Beziehung vom Publikum dem Arzte oft zu viel zugemuthet wird, kann nicht auf-

fallen, es kommt ja oft genug vor, dass ein wenig begabtes oder träges, faules oder gar ein idiotisches Kind zum Arzt gebracht wird mit dem Ansuchen, dasselbe durch die Operation adenoider Vegetationen geistig normalen Kindern gleichzustellen, leider muss man dann oft genug erklären, dass die Dummheit nicht in der Rachenmandel ihren Sitz habe.

Noch immer ist die Discussion über die eine Frage nicht abgeschlossen, ob man mit oder ohne Narkose operiren solle; ich für meine Person stehe jetzt auf dem Standpunkte, dass man diese nach dem Einzelfall wählen oder ausschliessen soll, die Hauptsache wird immer bleiben, dass man rasch, sicher und damit möglichst beschwerdelos auf das Gründlichste den operativen Eingriff vornimmt und nachher die entsprechenden Anweisungen giebt, wie durch einfache Athemgymnastik auch bei kleinen Kindern der normale Athmungsweg wieder hergestellt werden soll.

Seitdem der Kehlkopfspiegel zum Gemeingut der Aerzte geworden ist, hat er für Heilzwecke ungemein segensreich gewirkt, viele Tausende sind von Krankheiten befreit worden, die nur im Lichte des Kehlkopfspiegels und nur durch örtliche Behandlung beseitigt werden konnten. Dazu waren dies vorzugsweise Menschen, welche die Stimme besonders angestrengt hatten, die aber auch der Stimme besonders bedurften in ihrem Berufe. Es ist unzweifelhaft, dass der Kehlkopfspiegel nicht nur für die Erkrankung des Stimmorganes, sondern auch für die Erkrankung anderer Organe die Diagnostik und die ganze Beurtheilung gefördert hat, er leistete nicht nur nur dem Specialisten, sondern der gesammten medicinischen Wissenschaft die grössten Dienste.

Von den Infectionskrankheiten sehen wir sehr häufig den Kehlkopf mit betroffen. Eine erschreckend grosse Zahl von Kehlkopferkrankungen gehört wohl der Tuberculose an, denn von den Tuberculösen ist etwa der dritte Theil kehlkopfleidend. In zweifelhaften Fällen kann die frühzeitige Anwesenheit eines Kehlkopfgeschwürs die Diagnose der tuberculösen Brusterkrankung sichern. In Bezug auf die Behandlung der Kehlkopftuberculose steht heute die Laryngologie auf dem Standpunkte, dass es sich nicht nur als nothwendig, sondern auch als ergebnissvoll erweist, diese Krankheit mit aller Energie zu bekämpfen. Wir wissen, dass wir bei der Kehlkopftuberculose eine allgemeine und eine locale Behandlung einzuschlagen haben. Auf die allgemeine Behandlung, die als nahezu überall bekannt anzunehmen ist, brauche ich gar nicht näher einzugehen, die Erfolge, welche in Sanatorien, Curorten, sowie auch in der häuslichen Behandlung der Lungen- wie der Kehlkopftuberculose zu erzielen sind, werden jetzt überall öffentlich besprochen und lassen uns die Hoffnung hegen, dass, wenn auch noch die Prophylaxis durch Aufklärung der Bevölkerung mehr und mehr an Boden gewinnt, im Laufe der nächsten Decennien unsere Erfolge noch bessere sein werden.

Was die örtliche Behandlung der Kehlkopftuberculose anlangt, so hat uns der Arzneischatz in den letzten Jahren eine Menge von mehr oder minder erfolgreich wirkenden Mitteln gebracht, welche theils eingeathmet, theils eingepinselt, theils eingespritzt, theils eingeblasen werden. Mehr als diese milde örtliche Behandlung leistet die zielbewusste energische Aetzungs- resp. chirurgische Me-

thode. Ich gedenke hier nur der von Krause in die Behandlung der Kehlkopftuberculose eingeführten Milchsäure, der von Heryng empfohlenen Chromsäure, des von Ruault angewandten Phenolum sulforicinicum, des Ortho- und Parachlorphenol. Noch weit mehr aber leistet die chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose, deren sich zuerzt Moritz Schmidt bediente und welche durch Heryng und Krause zu grosser Vollkommenheit ausgebildet wurde. Freilich stellt die Technik der Ausschabung der erkrankten Partieen an den Operateur sehr grosse Anforderungen, aber die Ergebnisse einer solchen Behandlung sind der grossen Mühe und Aufopferung wohl entsprechende und heute können wir mit Stolz sagen, dass jeder von uns Laryngologen schon eine stattliche Zahl von auf chirurgischem Wege geheilten Kehlkopftuberculosen aus seinen Klientel aufzuzählen vermag.

Die Galvanokaustik und Elektrolyse können sich in keiner Weise mit der Ausschabung der krankhaften tuberculösen Bildungen im Kehlkopfe messen, zumal gerade die Elektrolyse eine noch viel grössere technische Fertigkeit und Sicherheit als das Manipuliren mit Kehlkopfzangen und Cüretten erfordert. Unter welchen Umständen die von M. Schmidt zuerst bei der Kehlkopftuberculose ausgeführte Tracheotomie vorzunehmen ist, unter welchen Bedingungen die Spaltung des Kehlkopfes, ja eventuell die theilweise oder vollständige Exstirpation des Kehlkopfes zweckmässig erscheint, das zu erörtern, kann hier nicht meine Aufgabe sein.

Auch bei den am weitesten vorgeschrittenen Formen von tuberculöser Erkrankung des Kehlkopfes, bei welchen eine Heilung von vorneherein ausgeschlossen erscheint, mit heftigen Schlingbeschwerden bis zur völligen Unmöglichkeit zu schlucken, bleiben uns noch eine stattliche Anzahl von Behandlungsmethoden, mit deren Hülfe wir die schweren Leiden der armen Kranken zu mildern im Stande sind. Wir können die Schmerzen durch Application von Cocain, Eucain, Tropacocain, Holocain, Cocain-Antipyrin, Morphium, Heroin, Menthol, Analgin, Orthoform, Anaesthesin mildern, und sollte auf solche Weise das Schlucken nicht zu ermöglichen sein, so könnte die Ernährung mit Hülfe der Schlundsonde vorgenommen werden.

Im Allgemeinen dürfen wir sagen, dass die Behandlung der Kehlkopftuberculose in den letzten zwei Decennien unverkennbare Fortschritte zu verzeichnen hat, wenn wir auch noch weit von dem idealen Ziele sicherer und dauernder Heilung entfernt sind.

Auf einem ebenfalls hohen Stande befindet sich in unserer Zeit die Behandlung der Kehlkopfverengerungen, sowohl der acuten als der chronischen, insbesondere erwuchs der bis dahin souveränen Behandlungsmethode der acuten Kehlkopfverengerungen, dem Luftröhrenschnitt, in der Intubation eine eminent wichtige Concurrenz. O'Dwyer veröffentlichte in den Jahren 1880—1885 eine neue Methode, welche in der unblutigen Einführung von Canülen in den Kehlkopf bestand. Diese neue Methode erwarb sich in Amerika viele Freunde, während sie bei uns erst später an Boden gewann. Heute ist die Intubation zu den unentbehrlichen Heilmethoden zu rechnen, welche zwar den Luftröhrenschnitt nicht zu ersetzen, denselben aber wohl zu ergänzen vermag. Will man die Erfolge der

Intubation bei der wichtigsten acuten Verengerung, der diphtheritischen, mit denen des Luftröhrenschnittes vergleichen, so muss man die Statistik auf die Zeit vor Einführung des Behring'schen Heilserums beschränken, und da wird man zu dem Ergebniss kommen, dass die Resultate der Intubation in der Vorserumperiode denen des Luftröhrenschnittes annähernd gleichkommen. Von grossem practischem Werthe erweist sich die Intubation dadurch, dass ihr für den Laien nicht die Schrecknisse einer blutigen Operation anhaften und dass sie deshalb nicht auf den gleichen Widerstand stösst, wie der Luftröhrenschnitt, ferner dass sie auch mit wenig geschulter Assistenz in der kurzen Frist von einer Minute ausgeführt werden kann. Die eventuell nachträglich nothwendig erscheinende Tracheotomie wird durch die Intubation nicht ausgeschlossen. Die verdienstvolle Sammelforschung von Trumpp hat ergeben, dass sich die Intubation auch in der Privatpraxis ganz gut ausführen lässt, nur soll sie nicht als Spätoperation gehandhabt werden, da sie bei noch gutem Kräftezustande der Patienten die beste Aussicht bietet und ihre Gefahren um so geringer sind, je weniger der örtliche Process vorgeschritten ist. Sippel weist in Uebereinstimmung mit anderen Autoren darauf hin, dass die Intubation bei Kindern im ersten Lebensjahre, bei welchen der Luftröhrenschnitt wenig günstige Ergebnisse liefert, verhältnissmässig gute Resultate ergiebt. Unter der Behandlung mit Behring'schem Heilserum ist die Indicationsstellung für die Intubation bedeutend erweitert worden. Es hat sich aus der Statistik, aus der klinischen und anatomischen Beobachtung herausgestellt, dass ein günstiger Einfluss der Serumbehandlung auf die Diphtherie und speciell auf die schwere, operative Eingriffe erheischende diphtheritische Kehlkopfverengerung nicht zu verkennen ist. Die Wirksamkeit des Heilserums bei der menschlichen Diphtherie und speciell bei der des Kehlkopfes ist nach Wieland wesentlich eine locale, gegen den örtlichen Krankheitsprocess auf der Schleimhaut des Respirationstractus gerichtete und äussert sich ebensosehr in beschleunigter Rückbildung als in Verhinderung weiterer Ausbreitung der gebildeten Pseudomembranen. Die Resultate der Intubation sind denn auch seit Einführung des Behring'schen Heilserums sehr viel bessere geworden; so sah Aaser von den mit Serum behandelten Fällen 72,2 pCt. heilen, von den nicht mit Serum behandelten nur 37,2 pCt., Ganghofner 76,7 pCt. von Kindern unter 2 Jahren zugleich mit Serumbehandlung, ohne diese nur 49 pCt. heilen. Wenn nun auch zweifelsohne die Intubation gerade bei der Kehlkopfdiphtherie vor und in der Serumzeit ihre grössten Triumphe gefeiert hat, so vermag sie doch auch bei anderweitigen acut entzündlichen, sowie bei chronischen Kehlkopfverengerungen zuweilen glänzende Resultate zu erzielen, wenn ihr auch vielleicht in einer Reihe von Fällen die anderweitigen Erweiterungsverfahren, wie z. B. die Schrötter'sche Dilatationsmethode, die Behandlung mit Schornsteincanülen etc. noch überlegen sind.

Die Beseitigung von gutartigen Geschwülsten des Kehlkopfes macht uns, soweit es sich um Erwachsene handelt, heutzutage keine Schwierigkeiten mehr, wie ich schon Eingangs erwähnte, anders liegen die Verhältnisse bei kleinen Kindern, bei welchen wir nur ausnahmsweise unter Leitung des Spiegels operiren können. Hier bleibt uns die Spaltung des Kehlkopfes, die aber nicht immer die Sicherheit gegen Rückfälle bietet; so musste Clubbe bei einem 4jäh-

rigen Kinde im Laufe von 3 Jahren 17mal die Operation ausführen, bis ein Stillstand der Recidive erfolgte. Nach dem Vorschlage von Semon thut man gut, die Spaltung des Kehlkopfes nicht sofort vorzunehmen, sondern bei vorhandener Athemnoth erst den Luftröhrenschnitt zu machen und die Canüle so lange tragen zu lassen, bis der Eingriff vom Munde aus versucht werden kann. Manchmal gelingt es, mit Hülfe des Löri'schen Metallkatheters mit scharfem Ausschnitt oder durch den Druck der methodisch eingeführten O'Dwyer'schen Canülen die Geschwülste bei kleinen Kindern zu beseitigen, so dass man die Spaltung des Kehlkopfes umgehen kann.

Von grossem Interesse ist unser Standpunkt, welchen wir gegenüber der Heilbarkeit des Kehlkopfkrebses einnehmen. Dass wir mit der Lichtbehandlung noch nicht weit gekommen sind, habe ich schon Eingangs erwähnt, mit Arzneimitteln, Aetzmitteln und einfachen Ausschabungen wird man bei dieser bösartigen Erkrankung niemals etwas ausrichten, die Behandlung kann nur eine chirurgische sein. Glücklicherweise gehört diese Form des Krebses zu jenen, welche erst verhältnissmässig spät die Lymphdrüsen ergreift, so dass man um so sicherer auf eine dauernde Heilung rechnen kann, wenn der Krebs im Anfang seiner Entwickelung steht und radical entfernt werden kann. B. Fränkel hat uns gezeigt, dass man mit Hülfe des Kehlkopfspiegels unter Benutzung von Schlingen und schneidenden Zangen kleine und leicht zugängliche Krebsformen ohne Spaltung des Kehlkopfes beseitigen kann. Jurasz operirt mit einer Art Doppelcurette und Sendziak stellte 32 solcher Fälle zusammen, von welchen 12,5 pCt. geheilt waren. Semon hält diese Methode für gewagt und auch Chiari findet sie nur unter besonderen Bedingungen angezeigt.

In der grossen Mehrzahl der Fälle sind zur Heilung bösartiger Neubildungen eingreifendere Operationsmethoden nöthig, und zwar Spaltung des Kehlkopfes mit Ausschneiden der erkrankten Partieen, halbseitige oder totale Exstirpation des Kehlkopfes. Alle diese Methoden können unter Umständen zufriedenstellende Resultate ergeben, wie die Statistiken von Sendziak, Schmiegelow und Semon zeigen und wie die morgen erfolgenden Demonstrationen von Gluck ergeben werden. Es würde mich zu weit führen, hier noch auf weitere Details einzugehen, ich kann nur betonen, dass wir auch auf diesem Gebiete sehr viel mehr vorwärts gekommen sind, insbesondere auch in der frühzeitigen Erkennung solcher schweren Krankheitsformen.

Einer sehr jungen, aber eminent wichtigen Untersuchungsmethode ist hier noch zu gedenken, der von G. Killian eingeführten Tracheoskopie und Bronchoskopie, welche sowohl vom Munde aus als von einer Luftröhrenwunde aus vorgenommen werden kann und eine der wichtigsten Errungenschaften auf unserem Gebiete darstellt. Diese Methode hat sich schon in einer grossen Anzahl von Fällen auf das Glänzendste bewährt, in welchen Fremdkörper in der Luftröhre oder in den Bronchien ihren Sitz hatten. Ohne schwer eingreifende Operationen gelang es Killian, seinen Schülern und manchen anderen Autoren in glücklichster Weise solche Fremdkörper zu entfernen.

Auch auf dem Gebiete der Speiseröhrenerkrankungen haben wir in Bezug auf Diagnostik und Behandlung wichtige Erfolge zu verzeichnen. Wenn

uns auch eine Anzahl von anderweitigen Hülfsmitteln für die Erkennung der Krankheiten der Speiseröhre zur Verfügung standen, wie die genaue Erhebung der Vorgeschichte, die äussere Betastung des Halses, die Besichtigung und die Betastung des Rachens, des Anfangstheils der Speiseröhre, die Untersuchung mit der Schlundsonde, so haben uns doch die letzten Jahre noch weitere exacte Hülfsmethoden gebracht. Dahin gehört das Röntgenverfahren, mit dessen Hülfe wir vor allem das Vorhandensein und den Sitz von Fremdkörpern, wie Münzen, Blechstücke, Nadeln, Ringen, feststellen können. Fraglich ist die Erfolg, wenn es sich um verschluckte Knochenstücke oder Gebisse handelt, Gegenstände, deren wenig markante Schatten sich unter Umständen gegen den der Wirbel oder des Herzens kaum abheben. Am günstigsten für die Röntgenphotographie sind die Hartgummiplatten mit metallischen Einlagen in Form von Drähten und kleinen Stäbchen zur Befestigung der eigentlichen Zähne.

Bei Sack (Divertikel)bildung der Speiseröhre vermag die Radioskopie über die Grösse und Lage des Sackes Aufschluss zu geben, wenn derselbe mit einem Gemisch von Kartoffelbrei oder Wismuth gefüllt wird, ähnliches lässt sich auch für die Erweiterung (Ektasie) der Speiseröhre annehmen.

Den grössten Fortschritt in der Diagnostik und in der Behandlung der Krankheiten der Speiseröhre hat uns die directe Besichtigung derselben, die Oesophagoskopie, gebracht.

Die ersten Anfänge einer directen Besichtigung der Speiseröhre reichen in die 60er Jahre zurück, aber erst von Mikulicz, Störk und von Hacker gelangten in den 80er Jahren nach Einführung gerader Sonden zu diagnostischen Resultaten. In Deutschland fand die Oesophagoskopie erst Eingang, nachdem Rosenheim seit 1895 durch zahlreiche Arbeiten und Demonstrationen die Vorzüge dieser Untersuchungsmethode ins rechte Licht zu setzen wusste. Zweifellos ist die Oesophagoskopie die bedeutendste Errungenschaft der letzten Jahrzehnte für Pathologie und Therapie der Speiseröhrenkrankheiten, allerdings erfordert ihre practische Anwendung und Verwerthbarkeit eine grosse Uebung, wenn auch Kelling die Oesophagoskopie für ungefährlicher erklärt als die Sondirung. Wie weit die Bedeutung dieser Untersuchungsmethode auch dem grossen Publicum bekannt geworden ist, konnte ich an einem meiner Patienten Anfang dieses Jahres erkennen, der, ein einfacher Arbeiter, dringend wünschte, dass seine Speiseröhrenerkrankung (Krebs) mit der Lichtsonde untersucht und behandelt werden solle. Leider ist die Methode nicht bei allen Menschen anzuwenden, besonders störend ist ein stark entwickeltes Gebiss, sowie ein vorspringender Oberkiefer. Mit Hülfe der Oesophagoskopie werden Probeexcisionen vorgenommen, Sondirungen angestellt, Fremdkörper entfernt, Verengerungen erweitert, katarrhalische Entzündungen, geschwürige Processe der Speiseröhre erkannt und behandelt, es lassen sich wohl auch besser und sicherer als mit der Radioskopie die Sackbildungen der Speiseröhre erkennen, Starck giebt sich wenigstens der Hoffnung hin, dass die Oesophagoskopie auch nach dieser Richtung hin noch Triumphe feiern wird.

Nun habe ich Ihnen in grossen Zügen ein Bild von dem gegenwärtigen Stande unserer Leistungen entworfen, ich wollte mich zufrieden geben, wenn ich

gezeigt haben sollte, dass auch dieser Zweig gleichen Schritt gehalten hat mit der Fortentwickelung unserer Gesammtmedicin und dass gegründete Hoffnung nach dem bisher Erreichten besteht, dass wir noch zu weiteren werthvollen wissenschaftlichen und practischen Ergebnissen gelangen werden.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **A. Coolidge. Bericht über Fortschritte in der Laryngologie. (Report of progress in Laryngology.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 12. Februar 1903.*

Der Inhalt ist durch den Titel angedeudet. EMIL MAYER.

2) **Jonathan Wright. Einige kritische kurze Bemerkungen über die jüngste rhino-laryngologische Literatur. (Some critical and desultory remarks on recent laryngological and rhinological literature.)** *Laryngoscope. Februar 1903.*

Die 14. Fortsetzung in dieser Reihe von geradezu bewundernswerthen Aufsätzen, die sich den voraufgehenden Artikeln in jeder Beziehung würdig anschliesst.

EMIL MAYER.

3) **Dobromisow. Zur Pathologie und Therapie seitlicher Halskiemenfisteln. (K patol. i terap. sheinich bokow. shabernich swischtschei.)** *Rusk. Archiv chir. Bd. I. p. 13. 1902.*

Es wird ein Fall beschrieben wo der Fistelgang vom vorderen Rande des M. sterno-cleido-mastoid. zur Tonsille ging. Operation brachte Heilung.

P. HELLAT.

4) **Paul Germaud. Beitrag zum Studium der angeborenen Halsfisteln. (Contribution à l'étude des fistules congénitales du cou.)** *Thèse de Paris. 1902.*

G. legte seiner Besprechung die Eintheilung in mediane und laterale Fisteln zu Grunde.

Bei den lateralen Fisteln liegt die äussere Oeffnung gewöhnlich im Niveau des Schild- oder Ringknorpels, die innere pharyngeale Oeffnung findet sich am häufigsten in der Fossa supratonsillaris.

Die medianen Fisteln haben ihre äussere Oeffnung meist vor dem Kehlkopf, während eine innere Oeffnung bei ihnen nicht existirt. Der Canal verläuft vertical und nach oben und lässt sich gewöhnlich bis hinter das Zungenbein verfolgen.

Im Allgemeinen verursachen die Fisteln ausser der Secretion keine Beschwerden. Die Exploration mit der Sonde oder die Einspritzung von Flüssigkeit zu diagnostischen Zwecken verursacht bisweilen Dyspnoe oder Husten.

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Fisteln von tuberculösen Drüsen, von einer Perichondritis oder Ostitis des Zungenbeins, Zahn-, Speichel-, Trachealfisteln.

Therapeutische Methoden sind: Injection reizender Flüssigkeiten, Cauterisation, Elektrolyse und Exstirpation des Fistelgangs. PAUL RAUGÉ.

5) **A. Mills. Die angeborenen serösen Halscysten der Kinder. (Les kystes séreux congénitales du cou des enfants.)** *La Clinique. No. 5. 1903.*

M. berichtet über 2 Fälle von angeborenen serösen Halscysten bei 1. einem 8 Tage alten Kinde, bei welchem sich die Cyste seit der Geburt sehr rasch entwickelt hatte; 2. bei einem $4^1/_2$ jährigen Mädchen, bei welcher sich dieselbe erst seit 6 Wochen zu erkennen gegeben hatte.

Die Cystenentwicklung gleich nach der Geburt ist ungleich seltener.

Die Cysten sind meist multiloculär.

M. nimmt bei dem 2. Fall, bei welchem die Cyste den oberen Theil des Armes einnimmt, die Totalexstirpation vor. BAYER.

6) **Pietro Spandri. Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Halsfisteln. (Contributo alla cura chirurgica delle fistole branchiali.)** *Rivista Veneta d. Scienze Mediche. April 1903.*

Von den Fällen angeborener Halsfisteln, über die Verf. verfügt, sind fünf rechtsseitig, nur eine linksseitig und drei in der Mittellinie gelegen. In den 5 Fällen, von denen er die Krankengeschichte mittheilt, wurde die Fistel excidirt, stets mit gutem Erfolg. Unter den Operirten befindet sich auch ein 2jähriges Kind.

FINDER.

7) **G. Killian** (Freiburg i/Br.). **Die diagnostischen und therapeutischen Leistungen der modernen directen endoskopischen Untersuchungsmethoden bei Fremdkörpern in den Luft- und Speisewegen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 36. 1902.*

Es ist unmöglich, ein Referat dieser inhaltsreichen Arbeit zu geben, man müsste sie denn wörtlich abschreiben. Werthvoll für alle, die sich mit dem Studium des Gegenstandes befassen — und das ist heute für den Laryngologen unumgänglich — ist auch das dem Vortrag angehängte Literaturverzeichniss.

ZARNIKO.

8) **Henrici. Fremdkörperfälle.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. XII. 3. S. 372. 1902.*

H. berichtet über folgende 3 Fälle, die auf der Killian'schen Klinik zur Beobachtung kamen: a) Stein in der rechten Mandel, b) Manschettenknopf im Larynx, c) Holzpflock in der rechten Kieferhöhle und Nase. F. KLEMPERER.

9) **Grossmann. Die radiographische Untersuchung bei Fremdkörpern in den oberen Luftwegen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 1. 1903.*

Bei der sehr ausgebildeten Tracheoscopia directa wird man nur selten bei der Diagnose der Fremdkörper in Trachea und Bronchien die Röntgenstrahlen

brauchen, immerhin giebt es Fälle, in welchem dieselben einzig und allein zum Ziele führen. Verf. theilt einen Fall mit; es handelt sich um ein grosses Knochenstück, das 3 Monate impactirt gewesen war.

SCHECH.

10) **Prota. Die Anwendung des Elektromagneten zur Extraction von metallischen Fremdkörpern aus den oberen Luftwegen. (L'elettrocalamita applicata all'estrazione dei corpi estranei metallici delle vie aeree.)** *Arch. d. Laringologia. Januar 1903.*

Verf. theilt 2 Fälle mit, in denen auf der Massei'schen Klinik der Elektromagnet zur Entfernung metallischer Fremdkörper angewendet wurde, beide Male ohne Erfolg. Im ersten Fall hatte ein 3jähriges Kind eine grosse Nadel mit Glaskopf aspirirt; da schwere asphyktische Erscheinungen auftraten, so wurde tracheotomirt und versucht, durch einen in die Tracheotomiewunde eingeführten Elektromagneten den Fremdkörper zu extrahiren. Dieser war aber wahrscheinlich bereits in einen Bronchus gerathen, jedenfalls konnte er nicht zu Tage gefördert werden, und das Kind starb.

Auch im zweiten Fall gelang die Extraction eines von einem 8jährigen Kind vor 40 Tagen aspirirten Hufnagels, den man bei der Laryngoskopie unterhalb der Stimmlippen hatte sehen können, nach der Tracheotomie weder mit dem Elektromagneten noch — nach vergeblichen Versuchen mit diesem — mit irgend einem anderen Instrument. Auch diese Patientin ging zu Grunde. Man fand bei der Section einen 55 mm langen Nagel mit dem Kopf nach unten in den rechten Bronchus eingekeilt. während die Spitze an die linke Trachealwand anstiess.

Experimentelle Untersuchungen, die Verf. an Hunden vornahm, ergaben, dass nur, wenn der Fremdkörper sehr beweglich ist und der Elektromagnet nahe an ihn herangebracht werden kann, der Elektromagnet verwendbar ist.

FINDER.

11) **Friedrich Hanszel. Ueber Fremdkörper in den oberen Luftwegen.** (Aus Prof. O. Chiari's k. k. Universitätsklinik für Kehlkopf- u. Nasenkrankheiten in Wien.) *Mit 1 Taf. Wien, Josef Safar. 1903.*

Im Ganzen berichtet H. über 114 Fremdkörperfälle (0,2 pCt. aller Ambulanzfälle), wovon 51 auf die Nase entfallen. — Die einzelnen Fälle sind tabellarisch übersichtlich zusammengestellt, auch sind einige Fremdkörper aus der klinischen Sammlung auf einer Tafel lithographisch reproducirt. —

Im ersten Abschnitte werden das Vorkommen, die Arten der Einbringung, die Symptome, die Diagnose und die Extractionsmethoden der Fremdkörper in der Nase besprochen und in letzter Hinsicht der Gebrauch der gebogenen Löffelsonde besonders empfohlen.

Hervorzuheben wäre der häufige Befund von behinderter Nasenathmung — meist adenoide Vegetationen — worin H. die Ursache sieht, dass diese Kinder sich fremde Körper gelegentlich in die Nase stecken.

In zweiten Abschnitt werden von denselben Gesichtspunkten aus die Fremdkörper im Rachen, Kehlkopf und in der Luftröhre abgehandelt und die verschiedenen Ursachen für Fremdkörpergefühl eingehend erörtert.

Einige der interessanteren Fälle finden in Form von kurzen Krankheitsskizzen besondere Besprechung.

Die Broschüre ist, wie eingangs betont wird, zur Orientirung für die praktischen Aerzte geschrieben und zeigt überall die gediegene praktische Ausbildung des Verfassers. Die Darstellung ist klar und leicht verständlich.

CHIARI.

12) **Stopford Taylor. Ein Fall von Ulcus rodens der Nase und Augenlider mit X-Strahlen behandelt. (A case of rodens ulcer of the nose and eyelids, treated with the X rays.)** *Lancet. 17. Mai 1902.*

Das Ulcus nahm fast die ganze Gesichtshälfte ein, erstreckte sich bis zum inneren Augenwinkel und hatte Theile der Nase und Augenlider zerstört. Die Behandlung dauerte von Mai bis Dezember. Der 82jährige Patient wurde völlig hergestellt.

A. BRONNER.

13) **E. W. Caldwell. Ein neuer Apparat für die therapeutische Anwendung der Roentgenstrahlen an Larynx, Zunge, Rectum etc. (New apparatus for therapeutic applications of the Roentgen rays to the larynx, tongue, rectum etc.)** *N. Y. Medical Journal. 22. Juli 1902.*

Verf. hat einige Fälle von Larynxcarcinomen in Beobachtung bekommen, die mit Röntgenbestrahlung der seitlichen Halsgegend behandelt worden waren. Eine Besserung ging ausserordentlich langsam vor sich, die besten Resultate wurden da erzielt, wo die Bestrahlung so intensiv war, dass eine Dermatitis sich entwickelte. Verf. hat daher einen Apparat construirt, vermittels dessen die Strahlen durch den Mund direkt in den Larynx geworfen werden sollen.

Abbildungen veranschaulichen diese Construction.

LEFFERTS.

14) **L. Herschel Harris** (Sydney). **Roentgenstrahlen-Therapie. (Therapeutics of the Roentgen rays.)** *Australasian Medical Gazette. 20. September 1902.*

Verf. berichtet über den Erfolg der Röntgenstrahlbehandlung bei einem Ulcus rodens und giebt Photographien des Patienten vor und nach der Behandlung. Es erfolgte nach 32 Sitzungen völlige Heilung.

A. T. BRADY.

15) **J. G. Beckett** (Melbourne). **Behandlung von Carcinom mit Roentgenstrahlen. (Treatment of cancer by Roentgen rays.)** *Australasian Medical Gazette. 20. September 1902.*

B. behauptet, dass vorherige Behandlung eines Zungencarcinoms mit Röntgenstrahlen die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Recidiven nach chirurgischen Eingriffen herabsetzt, dass die Abtragung grosser Partien dadurch unnöthig gemacht wird, in dem man sich nur darauf zu beschränken braucht, dicht an der Grenze des Erkrankten zu operiren. Im Frühstadium kann bei kleinen Tumoren mittels Roentgenstrahlenbehandlung allein Heilung erzielt werden. Um dem Auftreten von Recidiven vorzubeugen soll die Behandlung noch eine Zeit lang fortgesetzt werden, nachdem Heilung eingetreten ist.

A. T. BRADY.

16) **Henry Perkins Moseley. Zwölf Fälle maligner Erkrankung mit Roentgenstrahlen behandelt. (Twelve cases of malignant diseases treated by the Roentgen rays.)** *American Medicine. 31. Januar 1903.*

Verf. kommt zu dem Resultat, dass kleine oberflächliche Tumoren sich für die Behandlungsweise wohl eignen. Sehr bemerklich mache sich oft eine anästhesirende Wirkung; eine Verminderung der Schmerzen wird häufig bereits nach der ersten Bestrahlung von den Patienten angegeben. Die Gefahr einer Verbrennung besteht in der That, doch lässt sie sich bei einiger Vorsicht vermeiden. Auch soll der Arzt, der die Bestrahlung vornimmt, sein eigenes Gesicht und die Hände schützen.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **Gellé** (Paris). **Nasenathmung und Schluckact. (Respiration nasale et déglutination.)** *Société de Biologie. 19. August 1901.*

Man kann mittels eines Wassermanometers leicht nachweisen, dass auf jede Schluckbewegung eine Inspiration durch die Nase folgt.

Es ergiebt sich, dass in Fällen von Nasenverstopfung diese Inspiration durch den Mund erfolgen kann, daher stammen die eigenthümlichen Geräusche, die man oft bei solchen Kranken im Moment des Schluckens beobachten kann.

PAUL RAUGÉ.

18) **Smester. Mund- und Nasenathmung. (Respiration par la bouche et par le nez.)** *Société de Médicine et de Chirurgie pratiques. 19. December 1901.*

S. hat Untersuchungen darüber angestellt, wieviel Luft bei wirklicher Mundathmung durch die Nase geht; er ist zu der Ueberzeugung gelangt, dass bei beiden Athmungsphasen, der Inspiration sowohl wie der Exspiration, die in- resp. exspirirte Luft entweder nur durch die Nase oder nur durch den Mund geht, niemals jedoch auf beiden Wegen zugleich.

PAUL RAUGÉ.

19) **Rudolf Kafemann. Ueber die Beeinflussung geistiger Leistungen durch Behinderung der Nasenathmung. Psychologische Arbeiten.** *Herausgegeben von Emil Kraepelin. Heidelberg (Leipzig, Verl. von Wilh. Engelmann). 1902. Bd. 4. H. 3. S. 435.*

K. geht davon aus, dass das Symptomenbild von Aprosexia nasalis von allen Nasenärzten sowie der Mehrzahl der praktischen Aerzte und Lehrer anerkannt wird. Er versteht darunter nach Guye die durch nasale Athmungsstörungen bedingte Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit längere Zeit auf einen bestimmten Gegenstand zu lenken, ferner die Schwierigkeit, neue Vorstellungen, besonders abstrakten Inhalts, aufzunehmen, zu assimiliren und festzuhalten. Es ist bisher nicht gelungen, zu einer klaren Vorstellung über die Entstehung dieser Störung zu gelangen. K. trat deshalb mit Hülfe des psychologischen Versuchs an die Beantwortung der Frage heran, ob eine künstliche Behinderung der Nasenathmung im Stande sei, die geistige Leistungsfähigkeit zu beeinflussen. K. führte unter den bei derartigen Versuchen üblichen Bedingungen eine 8tägige Versuchsreihe in der

Weise durch, dass in regelmässiger Folge Normaltage (N. T.) mit solchen abwechselten, an denen eine Beschränkung der Nasenathmung durch den vom Verfasser früher beschriebenen „Nasenobturator“ (Arch. für Laryngol. II, 3) [O. T.] bewerkstelligt wurde. Mit dem Nasenobturator können verschiedene Grade der Athembehinderung erzielt werden. Verf. stellte Auffassungs- und Merkversuche, Wahlreactionen und Addirversuche an und kam im Verlaufe derselben zu folgenden Schlüssen:

Durch die künstliche Behinderung der Nasenathmung wird die Auffassung äusserer Eindrücke nur unwesentlich beeinflusst; dagegen wird das Festhalten derselben in der Erinnerung deutlich erschwert, ohne dass die Fehler nennenswerth genannt werden können.

Wahlreactionen werden etwas verlängert und fallen unregelmässiger aus: die Fehlreactionen nehmen nicht zu.

Die Rechenarbeit erfährt eine erhebliche Erschwerung, die sich binnen einer Viertelstunde zu ihrer Höhe entwickelt und dann infolge der Gewöhnung langsam etwas abnimmt. Diese Erschwerung gleicht sich nach Beseitigung des Hindernisses nur langsam aus.

Der Druckreiz eines Obturatorröhrchens ohne Behinderung der Athmung übt einen weit geringeren und nach dessen Entfernung sofort verschwindenden ungünstigen Einfluss auf die Rechenarbeit aus.

In den Obturatorversuchen nimmt die Zahl der Fehler eher ab, während diejenige der Verbesserungen zunimmt.

J. KATZENSTEIN.

20) Trautmann. **Bedeutung der nasalen Athmung in ihrer Schutz- und Heilwirkung auf Krankheiten.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 12. 1902.*

Die Tonsillen bilden, wie Tr. in einem in der laryngo-otol. Gesellschaft gehaltenen Vortrag hervorhebt, für die Propagation vieler Erkrankungen eine Barrière und einen Infectionsfänger, der die Krankheit localisirt und am Fortschreiten zu hindern sucht, erst secundär nach Ueberwindung dieser Barrière wird der übrige Organismus befallen. Der nasalen Athmung kommt aber auch eine gewisse Heilwirkung zu, wie man z. B. bei gewissen Erkrankungen des Kehlkopfes und des Rachens sehen kann, deshalb sollen auch Operationen in der Nase niemals die physiologische Schutzkraft derselben schädigen.

SCHECH.

21) Luigi Rugani. **Experimenteller Beitrag zur Physiopathologie der Nasenathmung. (Contributo sperimentale alla fisio-patologia della respirazione nasale.)** *Arch. Ital. d. Otologia, Rinologia e Laringologia. September 1902.*

Die Resultate seiner an Hunden ausgeführten Untersuchungen fasst Verf. in die beiden Schlusssätze zusammen:

1. Der Athmungstypus bei stenosirter Nase ist der einer leichten und langsam verlaufenden Asphyxie.
2. Die Mundathmung ist nur theilweise im Stande, die mangelnde Nasenathmung zu ersetzen.

FINDER.

22) **R. Coën** (Wien). **Zur Pathologie der Rhinolalia aperta.** *Wiener klin. Rundschau. No. 26. 1902.*

Für jene Fälle von Näseln, für welches wir häufig keine Ursachen sahen und das man als functionelles zu bezeichnen gezwungen war, legt C. folgende pathognomonische Merkmale nieder: Eine durch den tastenden Finger nachweisbare, mehr minder starke Einkerbung oder geringe Spalte am hinteren Rande des Gaumens und eine mässige Verkürzung des mehr vertical herabhängenden Gaumensegels, welche eine erst nach genauester Untersuchung constatirbare Insufficienz zur Folge hat.

Dagegen empfiehlt der Autor laute und kräftige Intonirung der Vocale, besonders a und e und starke, übertriebene Aussprache der Linguales und Gutturales, womit energische Contractionen der in Betracht kommenden Muskeln augelöst werden.

CHIARI.

23) **Salvatore Citelli. Ueber die Anwesenheit von intraepithelialen Schleimdrüsen in der Schleimhaut der hyperplastischen unteren Muschel. (Sulla presenza di ghiandole mucose intraepiteliali nella mucosa del cornetto inferiore iperplasico.)** *Giornale d. R. Academia d. Medicina di Torino. October 1901.*

Unter 25 hyperplastischen unteren Nasenmuscheln fand Verf. einmal sehr spärlich und einmal ungemein reichlich die von Boenninghaus, Okada, Cordes u. A. studirten becherförmigen Gebilde im Epithel. Im Gegensatz zu dem zuletzt genannten Autor sieht Verf. in diesen Gebilden wirklich intraepithelial gelegene Schleimdrüsen und nicht, wie jener, schleimig metamorphosirte Zellen im Ausführungsgang der normalen Schleimdrüsen. Insbesondere giebt er an, dass es ihm nie gelungen sei, auch nicht in Serienschnitten, den Zusammenhang jener Knospen mit dem Ausführungsgang nachzuweisen.

FINDER.

24) **F. M. Hayes. Rhinitis hypertrophica. (Hypertrophic rhinitis.)** *N. Y. Medical Record. 16. August 1902.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

25) **F. J. Parés Bartra** (Barcelona), **Rhinitis atrophica foetida (wirkliche Ozaena). (Rinitis atrofica fetida [ocena verdadera]).** *These. Gaceta Sanitar de Barcelona. No. 7, 8, 9. 1901.*

Auseinandersetzung in Form von Schlussfolgerungen zu Allem bisher Bekannten hinsichtlich der Pathogenese, Symptomatologie und Therapie genannter Affectionen.

R. BOTEY.

26) **Monturiol** (Barcelona). **Behandlung der Rhinitis atrophica (Ozaena) bei Kindern. (Tratamiento de la rinitis atrofica [ozena] en los ninos.)** *Archiv. de Ginecopat., Obstatric. n Pediatric. No. 19. 1902.*

Wegen der leichteren Anwendung empfiehlt M. statt der Nasendouchen die Pinselung der Nasenhöhlen mittels Sublimat- oder Kal. permanganatlösung oder 5 proc. Chlorzinklösung mit Auskratzung der Schleimhaut an den Stellen, wo sie rauh erscheint.

R. BOTEY.

27) **Brindel. Rhinitis atrophicans. (Rhinite atrophique.)** *Société de Médécine et de Chirurgie de Bordeaux. 20. Juni 1902.*

Verf. demonstrirt zwei Patienten, denen er mittels Paraffininjectionen die atrophischen unteren Muscheln wieder hergestellt hat.

E. J. MOURE.

28) **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Ueber Rhinitis fibrinosa s. crouposa s. pseudomembranacea. (Om Rhinitis fibrinosa s. crouposa s. pseudomembranacea.)** *Hospitals Tidende. 24. September. 1902. S. 971.*

J. theilt einen Fall von obengenannter Krankheit bei einem 6 jährigen Knaben mit, der im Anschluss an eine acute Angina Symptome einer fibrinösen Rhinitis darbot. Nur die linke Seite war mit fest anhaftenden Membranen zugestopft, während die rechte Seite der Nase frei war. Die Temperatur war ganz normal. Nach 14 Tagen war die Nase wieder gesund. Culturell wurden Diphtheriebacillen nachgewiesen.

Bei einem anderen 5 jährigen Knaben, der seit 3 Wochen an Nasenverstopfung wegen Membranbildung gelitten hatte, wurden culturell nur Fränkel'sche Pneumokokken nachgewiesen. Nach Einblasungen von Borsäurepulver wurde Heilung in einigen Tagen erreicht.

An die Arbeit schliesst sich eine Uebersicht der vielen in der Literatur niedergelegten Beiträge zur Aufklärung der Frage.

E. SCHMIEGELOW.

29) **J. Möller** (Kopenhagen). **Zwei Fälle von Rhinitis fibrinosa.** *Zeitschr. f. Ohrenheilkde. 41. Bd. 1903.*

Bericht über dieselben beiden Fälle wie im verhergehenden Referat.

SEIFERT.

30) **Strazza. Ein Fall von anomaler eine Argyrose vortäuschender Färbung der Nasenschleimhaut. (Un caso di colorazione anormale della mucosa nasale simulante l'argirosi.)** *Annali di Laringolog. ed Otologia. Februar 1902.*

Es handelt sich um eine 58 jährige Frau, die den Verf. wegen eines Respirationshindernisses consultirte. Als Nebenbefund fand Verf. bei der rhinoskopischen Untersuchung eine Färbung der Muschel- und Septumschleimhaut, die ihm den Verdacht auf Argyrose nahelegte. Da Patientin stark Tabak schnupfte, liess Verf. den Tabak auf metallische Beimengungen untersuchen, doch ohne Erfolg. Es wurden nun Stücke der anormal gefärbten Schleimhaut entfernt und histologisch untersucht; aus dem Ergebniss dieser Untersuchungen schliesst Verf., dass die Verfärbung im Zusammenhang stand mit den häufigen Blutungen, die in der durch Tabakmissbrauch stark gereizten und congestionirten Schleimhaut aufgetreten waren.

FINDER.

31) **Max Toeplitz. Nasenaffectionen beim Typhus und ihre Folgen. (Nasal disturbances in typhoid fever and their sequels.)** *N. Y. Medical Journal. 20. September 1902.*

Die beim Typhus auftretenden Veränderungen in der Nase bestehen in Trockenheit der Schleimhaut, Verlust des Epithels, Erosionen, besonders am vorderen Theil des Septums mit gelegentlichen sehr heftigen Blutungen. Aus der

Erosion wird mit der Zeit ein Geschwür und es kann auch zur Perforation des Septums kommen. Andererseits können auch Verwachsungen mit der gegenüberliegenden unteren Muschel sich bilden. Zwei Fälle solcher Synechie, wie sie als Folge von Typhus bisher nicht beschrieben sind, führt Verf. aus seiner Beobachtung mit genauer Angabe der Details an. Die gleichzeitig in dem einen Fall bestehende Anosmie führt Verf. auf eine rechtsseitige Ethmoiditis zurück.

LEFFERTS.

32) **Schönemann** (Bern). **Die Veränderungen der Nasenschleimhautgefässe bei Nephritis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XII. H. 3. S. 437. 1902.*

Verf. machte die Nasenhöhlenautopsie an 83 Leichen, von denen 8 Nephritis hatten. Die histologische Untersuchung der Nasenschleimhaut ergab als gemeinsame Veränderung bei diesen: „dass die Zahl der peripheren, d. h. gegen das Epithel zu gelegenen Capillaren zunimmt, dass dieselben die Basalmembran, diese homogene, hautähnliche Scheidewand zwischen Epithel und Schleimhautbindegewebe vielerorts durchbrechen und dass dann einzelne Capillarschlingen zwischen die basalen Epithelzellen sich einzwängen. Letzterer Zustand ist aber nicht von langer Dauer, sondern bald reisst sowohl die Capillarwand als auch die Epithelbedeckung ein. Die Ränder des Epitheleinrisses schlagen sich gegen die Unterlage zurück, wie die beiden Flügel einer Flügelthüre und aus der geborstenen Capillare ergiesst sich das Blut an die Oberfläche". Bei den 75 nicht-nephritischen Leichen fehlt dieser Befund, der das Nasenbluten bei Nephritis zu erklären geeignet und auch in praktischer Beziehung nicht unwichtig ist, da die capillare Natur der Blutung auf Unzweckmässigkeit der Cauterisation und Indication der Tamponadenbehandlung hinweist.

F. KLEMPERER.

33) **Schönemann. Berichtigungen und Nachträge zu obigem Aufsatze.** *Fränkel's Archiv. Bd. XIII. S. 155. 1902.*

Sch. hat in seiner vorstehend referirten Arbeit auf die Häufigkeit einer bräunlich-gelben Verfärbung der Nasenschleimhaut aufmerksam gemacht, die er durch die Residuen stattgehabter Oberflächenblutungen erklärt. Er trägt jetzt nach, dass Harke bereits 1895 den gleichen Befund erhoben hat. — Ausserdem bringt er die Blutungen in die Nasenschleimhaut bei Nephritis in Parallele zu den Retinalblutungen bei derselben Krankheit, die auf Degenerationsvorgänge der Gefässwandungen selbst zurückgeführt werden. Bei Annahme einer analogen Entstehung der nasalen Blutungen würde man von einer Rhinitis albuminurica haemorrhagica sprechen müssen.

F. KLEMPERER.

34) **L. B. Lockard. Die Behandlung des Heufiebers. (The treatment of hay fever.)** *N. Y. Medical Journal. 7. Februar 1903.*

Verf. theilt die Behandlung des Heufiebers ein in eine präventive und palliative. Die erstere hat zunächst die Aufgabe, alle lokalen Abnormitäten in der Nase zu beseitigen, sowie die als besonders empfindlich bekannten Stellen der Nasenschleimhaut leicht mit dem Galvanokauter zu ätzen, ferner soll einige Wochen vor dem zu erwartenden Anfall eine Allgemeinbehandlung einsetzen, die vor Allem eine vermehrte Ausscheidung und verminderte Production von Harnsäure

anstrebt, daneben aber auch durch Tonica und allgemeinhygienische Maassnahmen den Nervenzustand zu beeinflussen sucht. Verf. behauptet, dass man auf diese Weise 50—80 pCt. der Fälle immun machen kann.

Was die Palliativbehandlung anlangt, so gelingt es nach ihm in seltenen Fällen, durch einen operativen Eingriff gerade zu Beginn des Anfalls brillante Erfolge zu erzielen. Er räth ferner, lokal Adrenalin anzuwenden, bei persistirender Rhinorrhoe Atropin, Morphium, Coffein zu geben; gegen die Augensymptome empfiehlt er Tragen einer Brille mit Rauchgläsern, Einträufelung von Adrenalin oder Waschungen mit Borsäurelösung und Camphorwasser. LEFFERTS.

35) **Sir Felix Semon** (London). **Eine Demonstration einiger Experimente über die Natur und specifische Behandlung des Heufiebers. (A demonstration of some experiments on the nature and specific treatment of hay fever.)** *Brit. Med. Journal. 28. März 1903.*

Verf. giebt zunächst eine Beschreibung der von Prof. Dunbar (Hamburg) angestellten Untersuchungen über die Ursachen des Heufiebers. Dunbar hat aus verschiedenen Grasarten ein Toxin hergestellt, das bei disponirten Individuen in minimalster Menge in die Nase oder die Augen gebracht, in wenigen Minuten die für den Heufieberanfall characteristischen localen Symptome hervorruft. Durch Einbringung eines Pollentoxin aus Roggen, Mais und anderen Grasarten in die Blutbahn von Kaninchen, Ziegen und Pferden gelang es ein Antitoxin herzustellen, das bei solchen Patienten, bei denen durch Toxininjection künstlich Heufiebererscheinungen hervorgerufen waren, in den Conjunctivalsack oder die Nase gebracht, ein sofortiges Nachlassen der subjectiven und nach wenigen Minuten auch Verschwinden der objectiven Symptome bewirkte. In einer weiteren Mittheilung giebt D. an, dass, während er in 21 von ihm untersuchten Grasarten jenes Toxin fand, sich dagegen die Pollenkörnerchen von Linden, Rosen, Wermut und anderen Pflanzen, die gewöhnlich beschuldigt werden, bei prädisponirten Personen Heufieber hervorzurufen, völlig unwirksam erwiesen. D. hat drei Substanzen isolirt: 1. die eigentlich toxische Substanz, 2. einen Stärkestoff und 3. die ätherischen Oele. Nur die erstere Substanz, die sich als ein weisses Pulver darstellt, bringt die typischen Symptome hervor; sie giebt die für eiweissartige Körper charakteristischen Reactionen. Aus den Versuchen D.'s geht auch hervor, dass es nicht die Rispen der Gräser sein können, die mechanisch eine Reizung der Schleimhaut erzeugen, denn die in Frage kommenden Grasarten besitzen keine solchen.

Sir Felix Semon hat an sich selbst und 6 Collegen, ferner an 2 Collegen, die heufieberkrank sind, sowie an drei an Heufieber leidenden Patienten seiner Clientel mit dem ihm von Dunbar zur Verfügung gestellten Toxin und Antitoxin Versuche angestellt. Diese begannen mit der Einträuflung eines Tropfens der Toxinlösung (1:1000 physiologischer Kochsalzlösung), der $^1/_4$ proc. Carbolsäure zugesetzt war, in das linke Auge der sieben erst genannten Herren. Der Erfolg war negativ — ausgenommen bei 2 der Versuchspersonen. Die eine klagte nach einigen Minuten über ein Brennen im linken Auge, die Caruncula begann zu schwellen, das untere Augenlid wurde sichtlich geröthet, die Conjunctiva lebhaft injicirt. Diese Symptome hielten ungefähr eine halbe Stunde an, um dann allmählig zu verschwinden. Da

es sich um einen an gelegentlichen Asthmafällen leidenden Herrn mit sehr empfindlichen Schleimhäuten handelte, so schien es gewagt, auf diesen Fall ein Urtheil zu gründen, denn es konnte sich hier um eine grössere Empfänglichkeit für das Heufiebergift handeln, als bei sonstigen nicht disponirten Individuen. Es lag auch die Möglichkeit vor, dass der Gehalt der Toxinlösung an Carbolsäure eine länger dauernde Reizung der Conjunctivalschleimhaut bedingt habe. Am folgenden Tage wurde daher zur Controle ein Tropfen Toxin in das rechte, ein Tropfen Carbolwasser in das linke Auge geträufelt; es traten diesmal die charakteristischen Erscheinungen nur am rechten Auge auf. Es konnte aus diesen Versuchen geschlossen werden, dass die betreffende Person, obwohl nicht an Heufieber leidend, doch gegen das Toxin empfindlicher ist, als sonst nicht disponirte Individuen sind. Die zweite Ausnahme betreffs des negativen Ausfalls des Versuchs betraf Sir Felix Semon selbst. Er hat zwar niemals an Heufieber gelitten, neigt aber zu Anfällen von Niesparoxysmen, auf die starke Rinorrhoe folgt. Die Injection des Toxins in sein linkes Auge hatte keinen unmittelbaren Effect; ungefähr sechs Stunden danach jedoch trat ein Niessanfall auf mit darauf folgender profuser wässriger Secretion aus der linken Nase. Gleichzeitig bemerkte er ein ihm bis dahin unbekanntes Gefühl von Hitze und Brennen in der linken Nase, während er im linken Auge, obwohl keine Congestion desselben bestand, die Empfindung hatte, als ob Sandkörnchen zwischen Augapfel und oberes Lid gerathen wären. Diese Symptome hielten an bis er zu Bett ging und waren am anderen Morgen verschwunden. Sämmtliche Erscheinungen hatten sich auf derselben Seite abgespielt, auf der die Injection gemacht worden war.

Am nächsten Tage Nachmittags träufelte S. einen Tropfen reiner Toxinlösung in sein rechtes Auge.

An demselben Tage traten keinerlei Erscheinungen auf; am anderen Morgen jedoch beim Erwachen erfolgte mehrmaliges Niesen und wässrige Secretion aus beiden Nasenlöchern und zwar war die Secretion aus der rechten Nasenhälfte entschieden stärker. Auch war in ungefähr 10 Minuten die rechte Nasenhälfte total verstopft, um dann dann plötzlich wieder durchgängig zu werden. Das Gefühl von Brennen und Hitze, das bei dem Versuch am Tage vorher in der linken Nase sich gezeigt hatte, war nicht vorhanden. Nach einigen Minuten verschwanden die Nasalsymptome und es stellte sich ein deutlich hörbares Pfeifen auf der Brust ein, das ebenfalls nach einigen Minuten vorüberging, ein Symptom, von dem S. angiebt, dass er kaum je daran gelitten hat. Obwohl keiner dieser Versuche entscheidend war, ging für S. doch die Wahrscheinlichkeit daraus hervor, dass er in gewissem Grade für das Toxin empfänglich sei und dass dieses, ohne gleich an der Injectionsstelle zu wirken, doch allmählig durch den Thränennasenkanal in die Nase gelangend, hier in einigen Stunden die charakteristischen Symptome herbeizuführen im Stande sei.

Es folgen nun detaillirte Angaben über den Ausfall der Versuche an den 5 Heufieberpatienten. Auf Grund des Ergebnisses dieser Versuche kommt S. zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Es kann kein Zweifel darüber bestehen, dass es Dunbar gelungen ist, aus den Pollen gewisser Grasarten (Mais, Weizen, Roggen, Anthoxantum odoratum,

Agropyrum repens u. s. w.) ein Toxin herzustellen, das bei Personen, die für Heufieber disponiert sind, in das Auge oder die Nase geträufelt, an diesen Stellen die für diese Erkrankung charakteristischen subjectiven und objectiven Symptome hervorruft.

2. Bei nicht disponirten Individuen folgen der Anwendung des Toxins in der grossen Mehrzahl der Fälle keinerlei Erscheinungen; aus den zwei mitgetheilten Beispielen scheint jedoch hervorzugehen, dass Uebergangsstufen vorkommen, d. h. dass es Personen giebt, die ohne je an typischen Heufieberanfällen gelitten zu haben, doch gegen das Toxin empfindlicher sind, als die grosse Mehrzahl der Menschen.

3. Die Wirkungen des Toxins bei Personen, die an Heufieber leiden, sind in Bezug auf die Intensität so verschieden, wie es die Anfälle bei der Erkrankung selbst sind; das gilt sowohl für die localen wie für die allgemeinen Symptome.

4. Dunbar's Antitoxin bewirkt unzweifelhaft ein sofortiges Verschwinden der subjectiven und nach wenigen Minuten auch Besserung der objectiven durch das Toxin erzeugten Erscheinungen.

5. Mischt man gleiche Theile Toxinlösung (1 : 500) und Antitoxin, so wird die specifische Wirkung des Toxins neutralisirt.

6. Die Antitoxininjection genügt bisweilen, um der Wiederkehr der subjectiven Erscheinungen vorzubeugen, in anderen Fällen bedarf es wiederholter Antitoxineinspritzungen, um die Rückkehr zum normalen Zustande herbeizuführen. —

Verf. fügt hinzu, dass hier nur eine vorläufige Mittheilung gegeben werden soll, dass aber, falls sich die Erwartungen, die wir an die bisher vorliegenden Thatsachen zu knüpfen berechtigt sind, verwirklichen, wir einer neuen Aera im Verständniss und in der Behandlung einer lästigen und weit verbreiteten Krankheit gegenüberstehen. Gleichzeitig könne aber nicht eindringlich genug ausgesprochen werden, dass das, was wir bisher wissen, nicht genügt um excessive therapeutische Erwartungen daran zu knüpfen, und zwar aus folgenden Gründen:

Wir kennen bisher die Natur der specifischen Disposition nicht, die es bewirkt, dass eine Person auf das Toxin heftig reagirt, während eine andere unbeeinflusst bleibt.

Wenn auch die Hoffnung gerechtfertigt ist, dass es möglich sein wird, ein noch wirksameres Serum herzustellen, so haben wir doch keine Garantie dafür, wissen auch nicht, ob es möglich sein wird, es in einer für ausgedehntere Anwendung ausreichenden Menge zu produciren.

Wenn auch das vorhandene Antitoxin im Stande ist, die localen Wirkungen des Toxins zu neutralisiren, so lässt sich doch nicht vorhersagen, ob ein — wenn auch noch wirksameres — Serum in irgend welcher Form der Anwendung im Stande sein wird, bei einem genuinen ausgebildeten Heufieberanfall die Symptome zum Verschwinden zu bringen und wenn, ob die Wirkung andauernd sein wird, oder ob die Erscheinungen wiederkehren werden.

Schliesslich ist es gleichfalls unmöglich vorauszusagen, ob es gelingen

wird, durch die prophylactische Anwendung eines sehr wirksamen Serums dem Ausbruch eines Anfalls bei einer disponirten Person vorzubeugen.

S. hält es für seine Pflicht, verfrühten Hoffnungen gegenüber diese Meinungen laut werden zu lasssen, ohne dass dadurch seiner Anerkennung für Dunbar's höchst interessante und wichtige Entdeckung Eintrag gethan wird.

JAMES DONELAN.

36) **Sir Felix Semon** (London). **Bericht über einige weitere Experimente betreffend die Natur und specifische Behandlung des Heufiebers. (Note of some further experiments regarding the nature and specific treatment of hay fever.)** *Brit. Med. Journal. London. 18. April 1903.*

Verf. theilt einige weitere Versuche mit, die zum Beweis dafür dienen, dass das Dunbar'sche Toxin auch solchen Personen gegenüber Wirksamkeit zeigt, die, ohne gerade an Heufieber zu leiden, doch eine grössere Empfindlichkeit aufweisen, als die Mehrzahl der Menschen. Die Versuche stellte S. wiederum an sich selbst, ferner an seinem Sohn, sowie an dem Kollegen, der sich bereits bei den früheren Versuchen als besonders empfindlich erwiesen hatte, und schliesslich an einer an Heufieber leidenden Dame an. Bei seinem Sohn tröpfelte S. 2 Tropfen einer Toxinlösung (1 : 500) in das rechte Auge, ohne dass irgend welche Wirkung eintrat. Bei der seit 21 Jahren an Heufieberanfällen leidenden Patientin trat nach der Einträufelung in das rechte Auge in einigen Minuten Schwellung der Caruncula und Brennen ein. Als nach 7 Minuten ein Tropfen Toxinlösung in die rechte Nasenöffnung eingerieben wurde, verschwanden jene subjectiven Beschwerden, wobei die Irritation und Chemosis im rechten Auge jedoch fortbestand. Gleichzeitig begann ein Gefühl von Kitzel in der rechten Nase. Die Schleimhaut des Septums und der unteren Muschel schwoll an, es trat völlige Obstruction der Nase und danach Rhinorrhoe ein. Einige Minuten später als in die rechte wurde nun auch in die linke Nasenöffnung etwas Toxinlösung eingerieben; auch auf dieser Seite traten dieselben Erscheinungen auf. Anderthalb Stunden später war die Nase frei; jedoch bestanden heftige Kopfschmerzen, wie sie die Patientin nach Heufieberanfällen zu haben pflegte.

In dem an seiner Person vorgenommenen Versuch beobachtete S. nach der Application von 1—2 Tropfen der Toxinlösung in das rechte Nasenloch ein Gefühl von Kitzel und Brennen, danach Anschwellung der rechten unteren Muschel. Dieser Zustand dauerte ungefähr eine Stunde an. Niesanfälle traten diesmal nicht auf.

Bei dem Collegen traten nach Anwendung des Toxins ähnliche Erscheinungen auf, die allmälig verschwanden.

Durch diese Versuche sieht der Autor die bereits in seiner ersten Arbeit ausgesprochene Ansicht von der besonderen Empfänglichkeit gewisser nicht an Heufieber leidenden Personen gegenüber dem Toxin bestätigt; er bezeichnet es als Gegenstand weiterer Untersuchungen, ob durch diese Thatsache ein Zusammenhang zwischen Heufieber einerseits und Niesparoxysmen oder Coryza vasomotoria andererseits aufgedeckt werden kann.

JAMES DONELAN.

37) **Löhnberg** (Hamm i. W.). **Betrachtungen zu dem Capitel vom Schnupfen.** *Wien. klin. Rundschau. No. 31. 1902.*

Ohne fachärztliches Interesse. L. constatirt, dass es ein Unding sei, einen Schnupfen zu diagnosticiren, ohne in die Nase hineinzusehen. CHIARI.

38) **H. Lepa** (Bajohren). **Amyloform, ein Specificum gegen Schnupfen.** *Medic. Blätter. No. 5. 1902.*

Soll reizlos, sekretionsbeschränkend wirken und in Form eines Schnupfpulvers verordnet werden. CHIARI.

39) **Freudenberg** (Dresden). **Forman.** *Der Frauenarzt. No 6. 1902.*

Schnupfenanfälle werden durch Forman coupirt und Influenzaanfälle auf ein geringes Maass beschränkt und so günstig modificirt, dass eine Unterbrechung der gewöhnlichen Thätigkeit umgangen werden kann. SEIFERT.

40) **Bresgen** (Wiesbaden). **Ueber den Werth des Formans bei der Behandlung des frischen Schnupfens.** *Die ärztl. Praxis. No. 9. 1902.*

Für die Schnupfenbehandlung bei kleinen Kindern empfiehlt Bresgen die Formansalbe 3—4—5 mal täglich in die Nase einzuführen und zwar ein halb- bis höchstens linsengrosses Stückchen der Salbe in jedes Nasenloch. Für Erwachsene eignet sich am besten die Anwendung des Forman mittels Nasenglas. Gegen Stock- oder Dauerschnupfen ist das Forman ohne Heilwirkung, doch kann unter gewissen Umständen die Formansalbe lindernd wirken. SEIFERT.

41) **A. Pagat. Cocain und Menthol für Schnupfen. (Cocaine and Menthol for Coryza.)** *N. Y. Medical News. 13. September 1902.*

Verf. empfiehlt, 5 Theile von Cocain und ebensoviel Menthol auf 100 Theile flüssigen Vaselins alle drei Stunden bei akutem Schnupfen in die Nase einzuspritzen. LEFFERTS.

42) **Enrico Castelli. Nasenrachenkatarrh. (Naso-pharyngeal catarrh.)** *N. Y. Medical Record. 27. September 1902.*

Verf. betont die Regelung der Diät bei Dyspeptikern; er verbietet Eisgetränke in jeder Form und lässt mit folgender Lösung gurgeln:

Rp. Natr. biboracic.
Natr. bromat. aa 6,0
Acid. carbol. 1,0
Glycerin 50,0
Aq. rosar. 450,0
D.S. Aeusserlich.

LEFFERTS.

43) **Barago Ciarella. Welche Wirkung hat die Inoculation von Microorganismen, die der Nasenhöhle oder dem eiternden Mittelohr entstammen, auf das Gehirn? (Azione dei microorganismi delle cavità nasali e delle cavità medie auricolari suppuranti inoculati nel cervello.)** *Giornal. Internat. d. Scienze Mediche. April 1901.*

Verf. geht von der Thatsache aus, dass bisweilen nach geringfügigen Ope-

rationen in der Nasenhöhle tödtliche intracranielle Erkrankungen auftreten; er hat zur Erklärung dieser Vorgänge eine Reihe von bacteriologischen Untersuchungen über die Flora der Nasenhöhle angestellt, von denen er hier die erste Reihe veröffentlicht. Er hat in der Nase pathogene und nicht pathogene Mikroorganismen gefunden und zwar die ersteren sowohl im Stadium der Virulenz, als auch nicht virulent. Während die nicht virulenten, unter die Haut gespritzt, keine lokalen oder allgemeinen Erscheinungen hervorriefen, trat der Tod ein, wenn sie in derselben Menge in das Gehirn eingeimpft wurden. Dies stimmt mit der Beobachtung anderer Autoren überein, dass die Virulenz der Mikroorganismen im Allgemeinen wächst, wenn sie in die Gehirnsubstanz eingeimpft werden. FINDER.

44) **Calamida** und **Bertarelli. Ueber die Bacterienflora der Nasenhöhle. (Sulla flora batterica dei seni nasali.)** *Giornale d. R. Academia di Medicina di Torino. April-Mai 1902.*

Die bacteriologische Untersuchung der Nebenhöhlen beim Hunde und beim Menschen ergab, was die Stirnhöhlen und Siebbeinzellen anbelangt, fast stets, in Bezug auf die Kieferhöhlen etwas weniger konstant, völlige Sterilität.

Verff. haben sich, um zu studiren, wie Mikroorganismen von der Nase oder dem Nasenrachen aus in die Nebenhöhlen einwandern, gleichfalls der Experimente am Hunde bedient, weil bei diesem Thiere die Nebenhöhlen besonders gut entwickelt sind. Es wurden zu diesem Zweck Bouillonkulturen von Prodigiosus und anderen Mikroorganismen mittels einer Spritze in die Nase und den Rachen eingebracht, und es ergab sich, dass ohne irgendwie begünstigende Umstände und bei völliger Intaktheit der Schleimhaut die so eingeführten Mikroorganismen in der That in die Nebenhöhlen einwandern können; am häufigsten findet diese Einwanderung statt in die Kieferhöhle, weniger häufig in die Stirnhöhle. FINDER.

45) **Neumann. Bacteriologische Untersuchungen gesunder und kranker Nasen, mit besonderer Berücksichtigung des Pseudodiphtheriebacillus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1902.*

Es fanden sich 19 verschiedene Bacterienspecies, am häufigsten der Pseudodiphtheriebacillus, dann weisse Mikroben, Pneumoniebacillen, orange, graue und gelbe Mikrokokken, Streptokokken, Diphtheriebacillen, Bacillus coli, Hefe, Schimmel, harte Stäbchen, Sarcinen und einige andere Organismen. Pseudodiphtheriebacillen fanden sich in 98 pCt. gesunder und kranker Nasen, Microc. pyop. albus in 86—90 pCt.; der Pseudodiphtheriebacillus ist nicht virulent und kann mit der Entstehung des Schnupfens nicht in Zusammenhang gebracht werden, er ist ein harmloser Saprophyt; sicher ist, dass virulente Diphtheriebacillen und Fränkel'sche Pneumoniekokken die klinischen Erscheinungen eines akuten Schnupfens hervorbringen können; ein specifischer Erreger für den Schnupfen hat sich aber nicht finden lassen. SCHECH.

46) Törne. **Das Vorkommen von Bacterien in den Nebenhöhlen der Nase.** *Centralblatt f. Bacter., Parasitenkunde und Infectionskrankh. XXXIII. Bd. 1. Abtheilg. No. 4. Ref. in Medic. Blätter. No. 14. 1903.*

Es wurden 31 Menschenleichen und 6 Kälber 1—25 Stunden nach dem Tode

bezüglich der Sinus frontales und maxillares untersucht. Während bei den Kälberleichen genannte Sinus stets keimfrei gefunden wurden, wurde dies bei Menschenleichen in nur 17 Fällen angetroffen, die innerhalb 2 Stunden post mortem zur Untersuchung gelangten, in den übrigen später untersuchten Fällen konnten Bakterien nachgewiesen werden.

CHIARI.

47) **E. Felix** (Bukarest). **Die Mikreorganismen der normalen Nasenhöhle.** *Wien. med. Wochenschr. No. 14 u. 15. 1903.*

Vorwiegend Literaturarbeit. Hervorzuheben wäre, dass im Nasensekret von Pflegerinnen Lepröser in einer grösseren Untersuchungsreihe und trotz wiederholter Untersuchungen niemals Leprabacillen nachzuweisen waren, was die Annahme, dass die Nasenhöhle der Hauptweg der Lepraübertragung ist, jedenfalls nicht bekräftigt.

CHIARI.

c. Mundrachenhöhle.

48) **Thomas Dwight. Bemerkungen über die Entwicklung des Pharynx nach der Geburt. (Notes on the development of the pharynx after birth.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. November 1902.*

Es muss auf das Original verwiesen werden; auszugsweise Wiedergabe des Inhalts ist nicht möglich.

EMIL MAYER.

49) **Bruno Fischer. Ueber die Gaumengrübchen. (Foveae palatinae.)** *Dissert. med. Königsberg. 1902. 29 Ss.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

50) **J. M. Flint. Die Entwicklung der reticulären Basalmembran in der Submaxillardrüse. (The development of the reticulated basement membrane in the submaxillary gland.)** *9 Fig. American Journ. of Anat. Vol. 2. No. 1. p. 1—13.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

51) **P. H. Eykman** (Scheveningen). **Bewegungsphotographie mit Roentgenstrahlen. (Bewegingsfotografie met Roentgenstralen.)** *Verhandel. der Koninkl. Akad. v. Wetensch., Amsterdam. II. Abth. Bd. IX. No. 1. 1902.*

Es ist E. nach vieler Mühe gelungen, die Schluckbewegungen in einer Serie von Roentgen-Photographien bildlich darzustellen. Die grosse zu überwindende Schwierigkeit war, dass bei dieser schnellen Bewegung eine blitzschnelle Expositionsdauer erforderlich war. Bei der existirenden Methode der Aufnahme des lebendigen Herzens beträgt die Dauer der Periode noch $^1/_5$ bis $^1/_{10}$ Secunde; bei der Aufnahme der Athmungsbewegung ist dieselbe noch viel länger. Für die Schluckbewegung würde auch eine Periode von $^1/_{30}$ Secunde noch zu lange sein. Weil E.'s Unterbrecher nur ca. 30 Unterbrechungen in der Secunde giebt, hat er mit einer isolirten Aufleuchtung der Röhre gearbeitet, deren Dauer gewiss nicht mehr als $^1/_{1000}$ einer Secunde beträgt. Um nun aber ein genügend scharfes photographisches Bild zu erhalten, erwies es sich erwünscht, die Bewegung 130mal

wiederholen zu lassen. Für jedes Bild der Serie hat er also 130 Schluckbewegungen machen und jedesmal in derselden Phase der Schluckbewegung die Röhre erleuchten lassen. Letzteres wurde in sehr ingeniöser Weise dadurch erreicht, dass ein auf einen bestimmten Punkt des Kehlkopfes fixirter Stab immer in demselben Moment der Schluckbewegung den Strom eröffnet.

Die Photographien sind in Anbetracht der ganz erheblichen technischen Schwierigkeiten als durchaus gelungen zu betrachten. Was früher nur vermuthet werden konnte, wird durch diese Bilder mit Sicherheit festgestellt, dass nämlich beim Schlucken die Epiglottis eine aufrechte Stellung innehält und nicht den Kehlkopf, sondern die Sinus glosso-epiglottici verschliesst.

Die von E. ausgebildete Methode verspricht nicht nur für die Physiologie des Schluckactes, sondern auch für diejenige des Kaumechanismus und der Sprache ganz bedeutende Erfolge.

H. BURGER.

52) **L. P. H. Eykman** (Amsterdam). **Die Bewegungen des weichen Gaumens. (Les mouvements du voile du palais.)** *Archives Teyler. Série II. T. VIII. 1.*

Diese schönen experimentell-phonetischen Forschungen schliessen sich den früheren des Verf.'s (Centralbl. 1901, S. 424) an. Dieselben sind zu einem Referat ungeeignet, ihr Studium im Original für jeden Phonetiker unumgänglich.

H. BURGER.

53) **C. J. Economo. Die centralen Bahnen des Kau- und Schluckactes.** *Pflüger's Arch. f. d. ges. Physiol. XCI. 11/12. S. 629.*

Verf. untersuchte am Kaninchen die Bahn der Erregung des Kauapparates. Von der lateralen Fläche des Vorderhirns vor und unter der Extremitätenregion, also von der Stelle, wo man auf Reizung Kaubewegung erzielt, verfolgt E. die durch Exstirpation erzielte Degeneration bis in die Substantia nigra. Die degenerirten Fasern gehen nicht über die Mittellinie hinaus, trotzdem der Erfolg der Reizung immer bilateral ist. Bei Exstirpation grösserer Rindenstücke aus dem betreffenden Gebiete wurde eine degenerirte Stelle im Balken gefunden. Von diesen degenerirten Faserzügen geht einer in die Gitterschichten und den ventralen Thalamuskern, ein anderer verläuft durch den medialen Abschnitt des Pedunculus in die Substantia nigra. Aus Reizungsversuchen wird geschlossen, dass die zweite Bahn die der motorischen Impulse ist. Die bilaterale Reizungswirkung erklärt E. folgendermaassen: Wird ein Medianschnitt durch die vorderen Vierhügel und das verlängerte Mark geführt, dann ist der Reizungserfolg gleichseitig. Wird aber die dorsale Partie der Raphe gespalten, dann ist der Reizungserfolg contrelateral. Demnach verläuft von der Substantia nigra aus die Bahn mit totaler Kreuzung in der Brückengegend; sie kreuzt dann nochmals, um wieder gleichseitig wirken zu können. Der sensible Reiz für die Kauorgane geht zu den medialen Thalamuskernen, von dort durch die Lamina medullaris externa in das Stratum sagittale laterale zu dem vorderen Theile der dritten und vierten Windung. Von dort geht die motorische Erregung zur Substantia nigra und gelangt mit der beschriebenen Kreuzung zu den Kaumuskeln.

J. KATZENSTEIN.

54) **Lagoutte. Speichelstein. (Calcul salivaire.)** *Société de chirurgie de Lyon. 23. Januar 1902.*

Der Fall ist bemerkenswerth erstens, weil der Stein nicht im Ausführungsgang, sondern in der Drüsensubstanz selbst steckte, ferner wegen der Grösse des Steins, der 3 cm lang und 2 cm breit war.

PAUL RAUGÉ.

55) **Frederic Griffith. Speichelfistel infolge Stenose des Ausführungsgangs der Parotis; Operation; Heilung. (Salivary fistula caused by stenosis of the parotid duct; operation; recovery.)** *American Medicine. 4. April 1903.*

Der 17jährige Patient hatte eine Speichelfistel auf der linken Seite des Gesichts. Mit einer Sonde konnte man ungefähr einen Zoll weit nach hinten und oben vordringen. Da die verschiedensten Mittel schon vergebens versucht waren, wurde nach der von Hayes Agnew angegebenen Methode die Fistel durch eine neue Oeffnung in die Mundhöhle geleitet, und zwar wurde das zwischen Mundhöhle und Fistel liegende Wangenstück mittels einer Ligatur durchschnürt. Es trat Heilung ein.

EMIL MAYER.

56) **Voutier** (Lyon). **Parotistumor. (Tumeur de la parotide.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 7. Mai 1902.*

Der Tumor war nach dem Rachen zu gewachsen und hatte die Mandel und das Gaumensegel verdrängt. Er erwies sich als abgekapselt und konnte ohne Verletzung der Carotis externa und des Facialis entfernt werden.

PAUL RAUGÉ.

57) **Le Dentu** (Paris). **Mischgeschwulst der Paretis. (Tumeur mixte de la parotide.)** *Société de chirurgie. 21. Januar 1903.*

Es handelte sich um um einen umfangreichen Tumor bei einer jungen Frau, der gegen die Fossa supratonsillaris zu gewachsen war. Er konnte leicht von der seitlichen Halsgegend aus ohne Verletzung der Rachenwand exstirpirt werden.

PAUL RAUGÉ.

58) **J. Etterlen. Schleimpolyp des weichen Gaumens und Cancroid der Zunge. (Polyp muqueux du voile du palais et cancroide de la langue.)** *Lyon médical. 13. April 1902.*

Bei dem Kranken bestand Dysphagie und Fremdkörpergefühl im Rachen. Es fand sich erstens ein ungefähr haselnussgrosser gestielter Polyp am linken vorderen Gaumenbogen und ferner ein Epitheliom am rechten Zungenrand. Es bestand Schwellung der submaxillaren, cervicalen und Achseldrüsen.

PAUL RAUGÉ.

59) **Martini. Ein Fall von Fibrom des weichen Gaumens gleichzeitig mit Nasenpolypen operirt auf endonasalem Wege. (Sopra un caso di fibroma del palato molle associato a polipi nasali operato per la via del naso.)** *Gazzett. degli ospedali. No. 39. 1902.*

Es handelt sich um einen olivengrossen Tumor, der auf der Hinterfläche des weichen Gaumens neben der Basis der Uvula sass und der von der Nase aus mit der kalten Schlinge entfernt wurde.

FINDER.

60) **F. Hanszel. Ein congenitaler Rachenpolyp.** (Aus Prof. O. Chiari's k. k. Univ.-Klinik f. Kehlkopf- und Nasenkrankheiten in Wien.) *Wien. klin. Wochenschrift. No. 50. 1902.*

Glatter rother Tumor von Kirschgrösse, der an der linken Plica salpingopalatina gestielt aufsass und ein autochthones Teratom (nach Arnold) darstellte. Histologisch fanden sich Talgdrüsen, Härchen, Schweissdrüsen und Elemente mesodermalen Ursprungs. Im Gegensatze zu den bisher beschriebenen Fällen von congenitalen Polypen, in denen sich niemals eine anderweitige Missbildung vorfand, ist hier das vollständige Fehlen des linken hinteren Gaumenbogens bemerkenswerth.

CHIARI.

61) **Cheval. Voluminöses Pharynxlipom; Entfernung auf natürlichem Wege; Heilung; Krankenvorstellung. (Lipome pharyngé volumineux; Extraction par les vois naturelles; Guérison; Présentation de la malade.)** *Bulletin de la Soc. Roy. des sciences méd. et naturelles de Bruxelles. No. 6. 1902.*

Aechtes, unter der Pharynxschleimhaut hinter dem rechten hinteren Gaumenbogen gelegenes und beinahe die linke Mandel berührendes Pharynxlipom. Die rechte Mandel ist nach vorn verdrängt und unter dem vorgewölbten paretischen Gaumensegel kann man ziemlich gut die Entwickelung des Tumors nach dem Nasenrachenraum hin erkennen. Derselbe füllt den letzteren ganz aus bis an die Schädelbasis, verlegt die rechte Choane vollständig und beinahe die linke, nach unten reicht er bis zum Kehlkopfeingang, denselben vollständig überwölbend. Der Tumor fühlt sich resistent, leicht höckerig und nicht fluctuirend an.

Operation: Tracheotomie; darauf Incision des Tumors vom Larynx an bis zur Schädelbasis; Enucleation des Tumors; keine Naht; Einführung der Oesophagussonde durch die Nase und Ausstopfen des Pharynx mit Jodoformgaze; 5 Tage darauf Entfernung der Trachealcanüle; am 7. Tage Entfernung der Oesophagussonde. 14 Tage nachher verlässt die Kranke geheilt das Spital.

BAYER.

62) **J. Garel** (Lyon). **Geschwülste des Gaumensegels. (Tumeurs du voile du palais.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 24. Februar 1903.*

Verf. hat Gelegenheit gehabt, zwei an dieser Stelle seltenere Geschwulstformen zu beobachten, nämlich ein Lipom und eine congenitale Mischgeschwulst.

PAUL RAUGÉ.

63) **E. L. Shurly. Pharynxgeschwulst; eine accessorische Schilddrüse. (Tumor of the pharynx; an accessory thyroid gland.)** *Philadelphia Medical Journal. 13. September 1902.*

Mitgetheilt auf der 24. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Cfr. Centralblatt. Bd. XIX. S. 260.

EMIL MAYER.

64) **Charles M. Robertson. Fibrosarkom des weichen Gaumens und der Tonsille. (Fibrosarcoma of the soft palate and tonsil.)** *N. Y. Medical Journal. 31. Mai 1902.*

Der 62jährige Patient hatte sich mit einem Strohhalm in den Zähnen gestochert und dabei die linke Mandel leicht verletzt. Nach einigen Tagen bemerkte

er eine leichte Schwellung derselben, die in wenigen Wochen rapid zunahm. Bei der Untersuchung fand sich ein Tumor, der die linken Gaumenbögen, die Tonsille, die seitliche Rachenwand bis zur Epiglottis einnahm und nach oben bis zur Tubenmündung sich erstreckte, nach vorn in die Mundhöhle bis dicht an die Schneidezähne heranreichte. Mikroskopische Untersuchung ergab Fibrosarkom. Die Entfernung des Tumors geschah vom Munde aus; bei der Operation ergab sich, dass er eingekapselt war. Es sind 20 Monate vergangen, ohne dass ein Recidiv eingetreten ist.

LEFFERTS.

65) **H. Zwillinger** (Budapest). **Klinisch-histologische Bemerkungen zur Diagnose gewisser Formen epipharyngoaler Sarkome (Initialstadien).** *Wiener med. Wochenschr. No. 42 u. 43. 1902.*

Z. betont die Schwierigkeiten, welche sich in diagnostischer Beziehung zwischen gewissen Formen des Sarkoms einerseits und der persistirenden hyperplastischen Rachenmandel andererseits ergeben. Als eines der charakteristischen Zeichen für Sarkom sei die Brüchigkeit des Gewebes anzusehen. Dagegen sind Drüsenschwellungen am Halse nicht beweisend, da sie bei Sarkomen oft fehlen (?), andererseits bei gutartigen ulcerativen Vorgängen an der Rachenmandel häufig beobachtet werden. Ebensowenig ist die Grösse des Tumors und die Consistenz entscheidend, sowie Blutungen. Dagegen wird Einseitigkeit der Anheftungsstelle des Tumors und Vorgedrängtsein des Velums für Sarkom sprechen. In histologischer Beziehung ist Werth darauf zu legen, dass das zur Untersuchung gelangende Stück aus der Tiefe des Tumors stammt.

CHIARI.

66) **H. W. Loeb. Rapid tödtlich verlaufendes Carcinom des Epipharynx. (Rapidly fatal carcinoma of the epipharynx.)** *American Medicine. 26. April 1902.*

Der Tumor hatte seinen Ursprung an der Mündung der rechten Tuba Eustachii, breitete sich von da auf die seitliche Pharynxwand und das Rachendach aus. Verf. hält chirurgische Eingriffe in solchen Fällen für aussichtslos.

EMIL MAYER.

67) **H. W. Loeb. Carcinom des Epipharynx. (Carcinoma of the Epipharynx.)** *Lyryngsgoscope. December 1902.*

Verf. schildert sie Symptome dieser Geschwülste und den Weg, den sie bei ihrem Wachsthum durch die Schädelbasis zu nehmen pflegen.

EMIL MAYER.

68) **James J. Mc. Caw. Primäres Epitheliom der Uvula und des weichen Gaumens und Behandlung mit Roentgenstrahlen. (Primary epithelioma of the uvula and soft palate and treatment with the Roentgen rays.)** *N. Y. Medical Journal. 9. August 1902.*

Verf. nahm in dem mitgetheilten Fall soviel von der Geschwulst fort, wie ohne Zerstörung der Function möglich war, und wandte danach Roentgenbestrahlung an. Das Resultat war: Besserung des Allgemeinzustandes: die ulcerirte Oberfläche ist gänzlich verheilt, Function ist intact.

LEFFERTS.

69) **Geo W. Crile. Operationen wegen Carcinom der Mundhöhle und des Halses. (Operations for cancer of the month and neck.)** *N. Y. Medical Record, 8. November 1902.*

Verf. weist darauf hin, dass in den letzten zehn Jahren eine entschiedene Verbesserung der Operationschancen bei diesen Carcinomen zu constatiren ist, eine Verbesserung, die um so mehr fortschreitet, je frühzeitiger die Diagnose gestellt wird und je frühzeitiger der Eingriff geschieht. Man hat erkannt, dass die Erkrankung nicht die Tendenz zeigt, über das regionäre Lymphsystem hinweg sich auf andere Körpertheile auszubreiten. Physiologische und klinische Erfahrungen zeigen, dass die Durchschneidung des Ductus thoracicus, die Resection der Jugularis interna keinen nachtheiligen Einfluss haben, dass die einseitige Resection des Vagus nur eine dauernde Heiserkeit im Gefolge hat, dass Durchschneidung des Recurrens Lähmung des entsprechenden Stimmbandes, jedoch ohne Beeinträchtigung der Athmung, nach sich zieht u. s. w. Die völlige Entfernung der Lymphdrüsen und Lymphgefässe auf der einen Seite verursacht keine Pseudoelephantiasis des Gesichts; völliger Verschluss der Carotis externa ist ein Eingriff, der 1—2 pCt. Mortalität zur Folge hat, und sogar bei Verschluss der Carotis communis oder interna beträgt diese nur 3 pCt. Die grössere Gefahr bei der Operation besteht in dem Blutverlust; ist zu erwarten, dass dieser sehr beträchtlich sein wird, so räth Verf., während der Operation die Carotis communis zu unterbinden.

LEFFERTS.

d. Diphtherie und Croup.

70) **B. Meade Bolton, C. Fisch** und **E. C. Walden. Bericht der Commission zur Untersuchung der Tetanusfälle in St. Louis, die nach Anwendung von Diphtherie-Antitoxin auftraten. (Report of the commission appointed to investigate the cases of tetanus in St. Louis following the administration of diphtherie antitoxin.)** *St. Louis Medical Review. 23. November 1901.*

Aus dem Bericht geht hervor, dass die sieben Todesfälle durch Tetanusinfection dem Gesundheitsdepartement zur Last fallen, das es bei der Herstellung des Diphtherieantitoxin an der nöthigen Sorgfalt hat fehlen lassen.

EMIL MAYER.

71) **Le Gendre** (Paris). **Diphtherie und Erythem.** *Société de Pédiatrie. 18. März 1902.*

Bereits eine Viertelstunde nach Injection von 10 ccm Serum zeigte sich ein polymorphes Erythem mit Oedem des Gesichts und des Präputiums, allgemeiner Unruhe und schweren Allgemeinerscheinungen. Der Zustand ging jedoch bald vorüber.

In einem anderen Falle verursachte die Injection von 200 ccm Serum ein enormes Oedem des Abdomens und der grossen Schamlippen.

In der Discussion hebt Marfan hervor, dass er bei mehr als 1000 Fällen von Serumanwendung nicht einmal derartige Zustände beobachtet hat.

PAUL RAUGÉ.

72) **Gläser** (Hamburg). **Zwei schwere Fälle von Diphtherie ohne Behring'sche Intervention geheilt.** *Die Heilkunde. No. 4. 1902.*

In zwei exspectativ behandelten Fällen trat ohne Heilserum Genesung ein, in dem einem Falle bestand laryngo-tracheale membranöse Diphtherie, in dem zweiten von hohem Fieber begleiteten Falle traten später Lähmungserscheinungen auf, die auch das Herz bedrohten und die Prognose auf das äusserste trübten.

SEIFERT.

73) **John Brownlee** (Glasgow). **Die Antitoxinbehandlung im Belvederekrankenhaus von Glasgow während sechs und einem halben Jahr. (The antitoxin in treatment of diphtherie in the city of Glasgow, fever Hospital Belvedere, during six and a half years.)** *Glasgow Med. Journal. April 1902.*

Es ist unmöglich, ein Detail der Resultate wiederzugeben, die Verf. in Form einer tabellarischen Uebersicht vor Augen führt; deutlich kommt in dieser die Abnahme der Mortalität seit Einführung der Serumbehandlung zum Ausdruck.

A. LOGAN TURNER.

74) **Wolf** und **Friedjung. Diphtherie.** *Med. Blätter. No. 28. 1902.*

Diphtheristatistik der Abtheilung Monti der Wiener allgemeinen Poliklinik (1901), welche die guten Erfolge der Serumtherapie veranschaulicht. — Die Anwendung hochwerthigen Serums verhütet das Eintreten von „üblen Zufällen nach der Injection."

CHIARI.

75) **L. G. Le Boeuf. Ein Fall von Kehlkopfdiphtherie mit hohen Antitoxingaben behandelt. (A case of laryngeal diphtheria treated with massive doses of antitoxin.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. Juni 1902.*

Im Verlauf von 48 Stunden wurden dem noch nicht 3 Jahr altem Kinde 15000 Immunitäts-Einheiten injicirt. Heilung.

EMIL MAYER.

76) **Dziergorski. Zur Frage der Immunisirung der Thiere gegen Diphtherievirus und zur Technik der Seruminjectionen. (Przyczynek do spory nodporniania krierat orzecir btonicy oraz do spoary wyrobu surowicy przeciebtoniczej.)** *Gazeta Lekarska. No. 14. 1902.*

Eine hochinteressante experimentelle Arbeit, die im Petersburger Institut für experimentelle Pathologie vom Verfasser ausgeführt wurde, eignet sich nicht zum Referate, da die Zahlen und technische Details im Original nachgesehen werden müssen.

v. SOKOLOWSKI.

77) **Pulaski. Beitrag zur Statistik der Diphtheriebehandlung mittels Serum. (Przyczynek do statystyki leczenia btonicy surowica swoista.)** *Kasopismo Lekarskie. No. 2. 1903.*

In einer Reihe von 469 Diphtheriefällen, welche vom Verf. im Laufe von 7 Jahren behandelt wurden, betrug im Ganzen die Sterblichkeit 7 pCt. bei Halsdiphtherie (469 Fälle) und 12 pCt. bei Kehlkopfdiphtherie (267 Fälle). In der Periode, bevor die Serumbehandlung angewendet wurde, betrug die Sterblichkeit bei Halsdiphtherie (546 Fälle) 60 pCt. und bei Kehlkopfdiphtherie (425 Fälle) 77 pCt.

v. SOKOLOWSKI.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

78) **R. Forns** (Madrid). **Etwas von topographischer Histologie des menschlichen Kehlkopfes. (Algo de histologia topográfica de la laringe humana.)** *Ibero-Americ. de Cienc. Medic. No. XV. 1902.*

Veröffentlichung von 29 schwarz gravürten Tafeln mit horizontalen und verticalen Schnitten des Kehlkopfes.

R. BOTEY.

79) **Frederico Wiesow. Ueber das Vorkommen von Schmeckbechern auf der lingualen Fläche der menschlichen Epiglottis mit Betrachtungen über dieselben Organe auf der Kehlkopfschleimhaut. (Sulla presenza di calici gustativi nella superficie linguale dell' epiglottide umana, con alcune riflessioni sugli stessi organi, che si trovano nella mucosa della laringe.)** *Giornale della R. Academia di Medicina di Torina. October 1892.*

Verf. hat bei Föten in den letzten Monaten des intra-uterinen Lebens sowohl auf der lingualen wie der laryngealen Fläche der Epiglottis Geschmacksknospen gefunden. Bei einem ausgetragenen Kind fand er dagegen auf der lingualen Fläche gar keine, bei einem Erwachsenen an derselben Stelle nur drei solcher Geschmacksorgane, während sie auf der laryngealen Fläche sehr zahlreich waren.

Verf. betrachtet den grösseren Reichthum der kindlichen Mundhöhle an Geschmacksknospen als eine ontogenetische Wiederholung der phylogenetischen Entwicklung. Auch die Vertheilung der Geschmacksorgane im Kehlkof ist in der Thierreihe verschieden, und zwar fanden sie in der zoologischen Scala sich zuerst auf der Schleimhaut des Aryknorpels, dann am Ringknorpel, zuletzt am Schildknorpel oder Epiglottis.

FINDER.

80) **M. E. Gellé. Zusammenziehung des Muskels und Verlust seiner Schallleitung. Anwendungen auf die Functionen des Gaumensegels und des Kehlkopfs während des Ausströmens der Töne; Ursprung der klingenden Kehlkopferschütterungen. (Contraction du muscle et perte de sa conduction pour le son. Applications aux functions du voile et du larynx pendant l'emission des sons; origine des vibrations sonores laryngées.)** *Soc. de Biol. LIV. 12. p. 401.*

Verf. führt auf die verminderte Schallleitung contrahirter Muskeln zurück, dass man mit dem auf dem Schildknorpel aufgesetzten Stethoskop bei der Fistelstimme keine Schallwahrnehmung macht. Die mittels der Auscultation erzielten Resultate sprechen gegen die ausschliessliche Rolle der Stimmlippen und für die Annahme einer ventriculären Wirbelbildung.

J. KATZENSTEIN.

81) **E. Barth. Ueber den gesundheitlichen Werth des Singens.** *Leipzig. Druck und Verlag von Breitkopf u. Härtel. 51 Ss.*

Nach einleitenden Bemerkungen über den ästhetischen Werth des Singens bespricht Verf. den Einfluss des Singens auf Athmung, Lungenthätigkeit, Entwicklung des Brustkastens, Herzthätigkeit, Blut, Stoffwechsel, stimmbildende Or-

gane, Ohr. Im Anschlusse daran werden die Krankheiten erläutert, bei denen das Singen prophylactisch oder als Heilfactor wirkt, nämlich schwache Lungen, gewisse Formen von Herzkrankheiten. Die Abhandlung schliesst mit Betrachtungen über das Lehren und Lernen des Singens.

J. KATZENSTEIN.

82) **Eugen Schlesinger. Ueber die Beziehungen zwischen Schädelgrösse und Sprachentwicklung.** *Dissertation. Breslau 1902.*

Bei der an 60 Kindern vorgenommenen Untersuchung ergab sich, dass bezüglich der Sprachbildung und des Sprachverständnisses die Grösse des Schädels bezw. des Gehirns einen bestimmten Einfluss nicht ausübt. Verf. kommt zu dem Schlusse, dass die übergrossen Gehirne, wie sie u. A. im Gefolge der Rachitis entstehen, weniger leisten, als die normalen.

J. KATZENSTEIN.

83) **W. A. Aikin** (London). **Die besonderen Functionen der verschiedenen Theile der Rima glottidis. (The separate functions of the rima glottidis.)** *Journal of Anatomy und Physiology. März 1902.*

Die auf physiologischen Vorstellungen beruhende Eintheilung in Rima respiratoria und Rima vocalis sollte fallengelassen und an ihrer Stelle die von anatomischen Principien ausgehende Unterscheidung in Rima cartilaginosa und in Rima ligamentosa angenommen werden. Ersteres würde den von den Processus vocales, letzteres den von den Stimmbändern gebildeten Theil der Stimmritze bezeichnen. Die Begriffe Rima respiratoria und Rima cartilaginosa decken sich nicht, denn beim gewöhnlichen Athmen betheiligt sich die ganze Glottis. Man könnte die Rima cartilaginosa auch als Glottisventil bezeichnen, da ihre Function bei der Phonation darin besteht, den subglottischen Luftdruck zu reguliren. Bei der Rima ligamentosa lässt sich ein kürzerer vorderer Theil, der während der Phonation aneinanderliegt und nicht mitschwingt, von dem schwingenden Theil unterscheiden, den die freien Ränder der Stimmbänder bilden. Verf. bezeichnet es als Resultat seiner Untersuchungen an Sängern, dass die Processus vocales zwar in zitternde Bewegung gerathen, jedoch nicht im musikalischen Sinne schwingen; dieses thun nur die freien Ränder der Stimmbänder. Die Processus vocales bilden die Umgrenzung des Glottisventils, dem wichtige Aufgaben zufallen.

Ist das Ventil geschlossen, so wirkt die Exspirationsluft mit ihrem ganzen Druck auf die durch die Stimmbandränder gebildete Zungenpfeife, ist es geöffnet, so bleibt der Ton in seiner Klangfarbe zwar unverändert, seine Stärke aber wird vermindert.

Die Tendenz beim Singen geht dahin, in höheren Tonlagen sich des geschlossenen Glottisventils zu bedienen, da es so leichter ist, den erforderlichen Luftdruck zu erhalten. Bei der Falsettstimme sind die Stimmbänder durch Contraction der Adductoren zum grössten Theil fest aneinandergepresst, nur ein kurzes Stück bleibt für die Schwingungen frei. Es ist bei dieser Stellung der Stimmbänder möglich, das Glottisventil ein ganz klein wenig zu öffnen, ohne dass dadurch der Ton verändert wird. Verf. hält es für sehr wichtig für die Erziehung der Stimme, dass der Sänger lernt, durch richtigen Gebrauch des Glottisventils den subglottischen Druck zu reguliren.

JAMES DONELAN.

84) Novotny. **Ein Fall von Pachydermie des Kehlkopfs. (Przypadek pachydermii kotani.)** *Przeglad Lekarski. No. 9. 1903.*

Bei einem Kranken, welcher seit 20 Jahren an Heiserkeit litt, wurde laryngoskopisch ein Tumor entdeckt, welcher vom linken Stimmband seinen Ursprung nahm und fast das ganze Lumen des Kehlkopfs ausfüllte. Er wurde mittels Laryngofissur entfernt und zeigte carcinomähnliche histologische Structur.

(Warum: „Pachydermie". ? Red.)

v. SOKOLOWSKI.

85) R. de la Sota y Lastra (Sevilla). **Prolaps des Kehlkopfventrikels. (Prolapso dal ventriculo laringeo.)** *Revist. Medic. de Sevilla. No. 15. Juli 1902.*

Verf. giebt eine Auseinandersetzung über Ursachen und Pathologie des Kehlkopfprolapses — und berichtet über einen Fall, der einen Zeitungsausrufer betrifft. Der Patient hatte eine syphilitische Infection durchgemacht. Die vorgefallene Schleimhaut konnte an ihren ursprünglichen Sitz zurückgebracht werden.

R. BOTEY.

86) Moses. **Ueber Neubildungen des Kehlkopfes.** *Münch. med. Wochenschr. No. 16. 1902.*

Nichts Neues, Mittheilung dreier Fälle.

SCHECH.

87) L. Harmer. **Ueber Lymph- und Haemangieme des Kehlkopfes und entzündliche Vorgänge in denselben.** (Aus der k. k. Univ.-Klinik für Kehlkopf- u. Nasenkrankheiten des Prof. O. Chiari in Wien.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 24 u. 25. 1902.*

Ausführliche Mittheilung eines Lymphangioma cavernosum der Epiglottis und des Zungengrundes, welcher mehr die Form eines Infiltrates zeigte, sowie zweier Fälle von Haemangioma. Nach H. sind die Haemangiome im Larynx im Vergleich zu den übrigen Geschwulstformen sehr selten, eine Rarität sind die Lymphangiome. Beides sind angeborene oder congenital angelegte Geschwülste; während bei letzteren eine grosse Neigung zu Entzündungen besteht, ist dies von ersteren weniger bekannt. Die grosse Mehrzahl dieser Entzündungen kommt durch Oberflächenläsionen zu Stande.

CHIARI.

88) J. Fein. **Lymphangioma cavernosum eines Stimmbandes.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 28. 1902.*

Am vordersten Antheile des rechten, sonst normal aussehenden Stimmbandes befand sich eine kleine, gelblich durchscheinende glatte Geschwulst, die histologisch in Serienschnitten untersucht, die Diagnose eines Lymphangioma cavernosum ergab. Der hanfkorngrosse Tumor bestand aus weiten Lymphräumen, zwischen denen das Bindegewebe nur in zarten Brücken verläuft.

Der Autor meint, dass die Zahl der diesbezüglichen Beobachtungen nur deshalb so gering ist, weil in der Regel nur zweifelhaft aussehende Geschwülste einer histologischen Untersuchung unterzogen werden. Ferner theilt F. einen von Dr. Heindl beobachteten analogen Fall mit. (Einzelne Lymphräume finden sich in jedem weichen Fibrom. Chiari.)

CHIARI.

89) **Ferreri. Zwei Fälle von Myxom des Larynx. (Due casi di mixoma laringee.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. Juli 1902.*

Sowohl die Beschreibung wie die beigegebenen Abbildungen überzeugen nicht, dass es sich in den beiden mitgetheilten Fällen um Myxome im histologischen Sinne handelt —, es sind vielmehr ödematöse Fibrome mit erweiterten Gefässen und stellenweiser Degeneration.

FINDER.

90) **Dunbar Roy. Die Behandlung von Kehlkopfpapillomen nebst Bericht über einen Fall. (The treatment of laryngeal papilloma with report of a case.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngoly. August 1902.*

Verf. befürwortet warm eine milde exspectative Behandlung bei Kindern, bevor man zur Tracheotomie schreitet.

EMIL MAYER.

91) **H. W. Loeb. Fibropapillom des Larynx mit ungewöhnlicher Beweglichkeit. (Fibropapilloma of the larynx with unusual movements.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. November 1902.*

An der unteren Fläche des rechten Stimmbandes sassen drei Tumoren, deren Stiele so lang waren, dass bei den Athembewegungen ungewöhnlich grosse Excursionen gemacht wurden.

EMIL MAYER.

92) **Brunard. Ein Fall von Croup vortäuschendem Larynxpapillom. (Un cas de papilleme du larynx simulant le croup.)** *La Clinique. No. 31. 1902.*

Ein 4jähriger Junge wird wegen Larynxstenose in die Abtheilung diphtherischer Kinder aufgenommen. Die vom Internen versuchte Intubation misslang und musste die Tracheotomie d'urgence vorgenommen werden, welcher der Kranke im Verlaufe des Tages erlag. Bei der Obduction wird der Larynx von kleinen warzigen Fungositäten grauweisslicher Farbe besetzt gefunden, die von ziemlich fester Consistenz sind und dem submucösen Gewebe fest adhäriren.

Die weitere Beschreibung der Larynxpapillome und ihrer Erscheinungen dürfte dem Leser nichts Neues bieten.

BAYER.

93) **Walter A. Wells. Bericht über einen Fall von Schilddrüsentumor im Kehlkopf. (A report of a case of thyroid gland tumor in the larynx.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. August 1902.*

Der Tumor begann plötzlich sehr stark zu wachsen und recidivirte nach der Entfernung schnell. Gegen die Blutung bei der Operation erwies sich die Anwendung von Gelatine als sehr wirksam.

EMIL MAYER.

94) **J. E. Miller. Ein Beitrag zum Studium der Aetiologie, Pathologie und Therapie der Sängerknötchen. (A contribution to the study of the etiology, pathology and treatment of singers nodes.)** *Laryngoscope. November 1902.*

Eine kurze Inhaltsangabe der 32 Seiten langen ausführlichen Arbeit ist nicht möglich.

EMIL MAYER.

95) **Carl Pohl. Ueber die Fremdkörper im Kehlkopfe, in der Luftröhre und in den Bronchien.** *Dissertation. Breslau 1902.*

P. hat sein Material aus dem Internat. Centralblatt für Laryngologie (Jahr-

gang 1891—1901) entnommen. Er führt aus der Literatur 312 Fälle auf, denen sich 10 an den Breslauer Kliniken gesammelte anschliessen. J. KATZENSTEIN.

96) **H. Swift** (Adelaide). **Ein Stück Eierschale im Kehlkopf eines 11 Monate alten Kindes. (A piece of eggshall lodged in the larynx of a child aged 11 months.)** *Australasian Medical Gazette. Juli 1901.*

Bei der Aufnahme des Kindes in das Krankenhaus sass der Fremdkörper bereits seit 5 Wochen im Kehlkopf. Die Symptome bestanden in Dyspnoe, croupähnlichem Husten und Mangel an Ton beim Schreien. Es wurde die Cricotomie vorgenommen und ein Stück Eierschale zwischen den Stimmbändern gefunden. Primäre Naht; Heilung. A. G. BRADY.

97) **Zutarski. Ein Fremdkörper im Larynx. (Przypadek ciata obcego w krtani ponizej strun glosowyen.)** *Przeglad Lekarski. No. 17. 1902.*

Es handelte sich um einen Knochensplitter 2 cm lang und $1^1/_2$ cm breit, welcher bei einem 15jährigen Kranken unterhalb des linken Stimmbandes sich einkeilte und bedeutende Dyspnoe verursachte. Der Fremdkörper wurde durch die Tracheotomiewunde entfernt. V. SOKOLOWSKI.

98) **J. Cisneros** (Madrid). **Fremdkörper im Kehlkopf, extrahirt mittelst der Tracheo-Thyrotomie. (Cuerpo extrano en la laringe extraido por medio de la traque-tirotomia.)** *Boletin. de Laringol, Otol. y Rinolog. No. 9. 1902.*

Genannte Operation wurde an einem 5jährigen Knaben ausgeführt, welcher einen Hühnerknochen verschluckt hatte. Der Patient genas. R. BOTEY.

99) **Wm. Lewis Bullard. Ein anderthalbjähriges Kind mit einem Schindelnagel in der Luftröhre. Bericht über einige andere Fälle von Fremdkörpern in der Trachea und Oesophagus. (A child one and a half years old with shingle nail in its windpipe. Report of some other cases of foreign bodies in trachea and oesophagus.)** *Atlantic Journal Record of Medicine. December 1901.*

Ausser dass Verf. sich selbst einer wunderbaren Geschicklichkeit bei seinen laryngoskopischen Untersuchungen rühmt, ist in dem Artikel nichts Bemerkenswerthes. EMIL MAYER.

100) **Geo F. Pope. Ein irrthümlich als Phthise gedeuteter Fall vom Fremdkörper im rechten Hauptbronchus. (A case mistaken for phtisis produced by a foreign body in the right primary bronchus.)** *N. Y. Medical Record. 21. Januar 1902.*

Dem Patienten war infolge eines Schlags in den Mund seine Zahnplatte zerbrochen: er fürchtete, einen der Zähne aspirirt zu haben, wurde aber vom Arzt in dieser Hinsicht beruhigt. Bald danach bekam der Patient Schmerzen an der rechten Lungenspitze und Husten; sein Allgemeinbefinden wurde schlecht, er magerte ab. Alle Aerzte, die er consultirte, stellten die Diagnose auf Lungenphthise. Endlich, nach $2^1/_2$ Jahren, warf Patient bei einem Hustenanfall ein Stück einer Zahnplatte — $^7/_8$ Zoll lang und $^{11}/_{16}$ Zoll breit — aus. Seitdem besserten sich die subjectiven und objectiven Symptome, bis schliesslich völlige Heilung eintrat. LEFFERTS.

101) **Zippel** (Hamburg). **Erstickung durch ein in den rechten Bronchus gerathenes Stück Fleisch.** *Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeil. No. 14. 1902.*

Alter Mann fällt beim Essen um. Trotz sofortiger Hülfeleistung durch den zufällig anwesenden Arzt Exitus. Section: Chronische Pneumonie des linken Unterlappens. Ein Fleischstück im rechten Hauptbronchus eingekeilt. — Die Abwesenheit von Dyspnoe und Cyanose lässt Vortr. einen Athmungsshock als Todesursache vermuthen: reflectorischen Athmungsstillstand durch Reizung der Lungenvagusäste.

ZARNIKO.

102) **Thost** (Hamburg). **Zwei Fälle von Fremdkörpern in der Lunge.** *Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeil. No. 3. 1902.*

Fall 1. 8jähriger Knabe aspirirt eine 2 cm lange Federhalterhülse. Nach 3 Tagen leichte Dämpfung an einer nicht genauer bezeichneten Stelle rechts, daselbst Stridor; abgeschwächtes Athmungsgeräusch im rechten Unterlappen. Auch links leichte diffuse Bronchitis. Im Roentgenbild der Schatten der Hülse deutlich sichtbar. Am folgenden Tage, nach einem missgeglückten Versuch eine Killian-sche Röhre einzuführen, Tracheotomia inferior. Nochmalige Einführung der Röhre bis in den rechten Hauptbronchus. Kein Erfolg. Hautemphysem. Diffuse fieberhafte Bronchitis. Am 6. Tage nach dem Eindringen des Fremdkörpers Exitus. Section: Fremdkörper sitzt in einem Bronchus 2. Ordnung des Unterlappens.

Kritische Bemerkungen und Demonstrationen der Killian'schen Instrumente (vergl. auch die Kritik dieses Falles durch Killian (auf der 9. Vers. süddeutsch. Laryngologen, Heidelberg 1902. Ref.).

Fall 2. Hühnerknochen, von einem 17jähr. Manne vor 11 Jahren aspirirt, durch das Roentgenbild im Hauptbronchus für den rechten Unterlappen nachweisbar. Bronchoskopische Untersuchung soll noch erfolgen.

ZARNIKO.

103) **Wolf** und **Friedjung.** **Corpus alienum in broncho sinistro.** *Wiener Med. Blätter. No. 31. 1902.*

Entfernung eines Nusskernfragmentes nach Tracheotomia inferior (Koschier) am dritten Tage nach der Einlagerung. 16 Stunden später Exitus. Acutes Emphysem beider Lungen, linksseitiger Pneumothorax.

CHIARI.

104) **A. Weber** (Alsfeld). **Lungenabscess nach Fremdkörper.** *Klin. therap. Wochenschr. No. 33. 1902.*

Aspiration einer Glasröhre. Lungenabscess. Nach 5 Monaten Aushusten des kaum veränderten Fremdkörpers. Heilung.

CHIARI.

105) **H. v. Schrötter** (Wien). **Extraction eines Fremdkörpers aus der rechten Lunge mittelst directer Bronchoskopie.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 45. 1902.*

Ein Knochenfragment, das vor $3^1/_2$ Jahren aspirirt wurde, konnte in der ersten Sitzung, mittelst Bronchoskopie in 29,5 cm Entfernung von der Zahnreihe gesehen, demonstrirt und extrahirt werden. Der Fremdkörper sass im untersten Ende des Bronchialastes für den rechten Unterlappen bezw. auf dessen Theilungsstelle in zwei Aeste dritter Ordnung.

CHIARI.

106) Schwoyer-Lettetzki. **Zur Casuistik langdauernden Verweilens von Fremdkörpern in den Athmungswegen. (K kosmitike dolgowrem. prebiwon. inovo tela w dichat. putjach.)** *R. Wrat. p. 719. 1902.*

Im vorliegenden Falle wurde bei einem Erwachsenen ein Knochenstück von 1,5 × 1 cm ausgehustet, nach dem es etwa ein Jahr lang in den Lungen gelegen hatte. Erst nach dem Aushusten besann sich der Patient der Gelegenheit, bei der der Knochen in die Athmungswege gelangt sein konnte. Nur in der letzten Zeit fing der Patient an zu fiebern, bot Symptome einer Pneumonie dar.

P. HELLAT.

107) E. J. Moure. **Ueber Tracheoskopie und Bronchoskopie. (De la tracheoskopie et bronchoskopie.)** *Journal de méd. de Bordeaux. 14. November 1902.*

Verf. giebt ein Résumé der Killian'schen Arbeiten über diesen Gegenstand und knüpft daran einige persönliche Betrachtungen.

AUTOREFERAT.

f. Schilddrüse.

108) M. Lewandowsky. **Das histologische Bild der Schilddrüse in Beziehung zu ihrer Function. Untersuchung an Schilddrüsen von Hunden, Katzen, Kaninchen, Affen, Hammel, Igel.** *Festschrift für v. Leyden. II.*

Verf. fixirte seine Objecte mit Pikrinsublimat und 10proc. Salpetersäure und behandelte sie dann weiter mit Müller'scher Lösung oder Osmiumsäure. Die Untersuchung ergab, dass das in den Follikelhohlraum von den Follikelepithelien abgesonderte Secret von leichtflüssiger Beschaffenheit und von anderen Eiweisslösungen mikroskopisch nicht zu unterscheiden ist. Die Colloidzellen scheiden demnach kein präformirtes Colloid ab, sondern erst im Follikelhohlraum erhält das Secret die physicalisch-optische Beschaffenheit, die den Namen Colloid veranlasst; indem ein Theil des ständig abgesonderten Secretes den Follikelhohlraum verlässt, erfolgt eine Anreicherung des Inhaltes mit einem eigenthümlichen Eiweissstoff. Wie eine Vorstufe des Colloids und nicht ein Colloid secernirt wird, kann auch nur ein solcher leichtflüssiger Inhalt den Follikel wieder verlassen und nur in die Lymph- oder Blutgefässe übergehen. Ein Austritt fertigen Colloids aus dem Follikel in die Lymphbahnen ist nirgendwo nachzuweisen. Dagegen kann in den Lymphbahnen selbst die Bildung einer colloiden Substanz erfolgen.

J. KATZENSTEIN.

109) Joseph Marshall Flint. **Die Gerüstsubstanz der Schilddrüse. (The framework of the thyroid gland.)** *John Hopkins Hospital Bulletin. Februar 1903.*

Für das Studium der Gerüstsubstanz der Schilddrüse eignet sich ganz besonders die Verdauungsmethode. Die nach der Verdauung in Glycerin aufgehellte Schilddrüse zeigt auf das deutlichste das Skelett, in dem die gröberen Structuren, z. B. Gefässe, schon mit blossem Auge sichtbar sind. Unter einem Steroskop-Mikroskop erkennt man auch die feinsten Details. Die letzteren werden vom Verf. angegeben und die Auseinandersetzungen durch Abbildungen erläutert.

EMIL MAYER.



110) **Wme. Egblat Robertson. Thyreoiditis als Complication von Typhus. (Thyroiditis complicating typhoid fever.)** *Pennsylvania Medical Journal. Januar 1902.*

Verf. theilt einen Fall mit und macht ausführliche Litteraturangaben.

EMIL MAYER.

111) **Patel** (Lyon). **Acuter Kropf. Blutung in eine unbemerkt gebliebene Schilddrüsencyste. Intraglanduläre Ausschälung. (Goitre aïgu. Hémorrhagie dans un kyste thyroiden passé inaperçu. Enucleation intra-glandulaire.** *Société des sciences médicales de Lyon. 3. December 1902.*

Bei einer 28jährigen Frau, bei der vorher keine Geschwulst am Halse bemerkt worden war, entstand plötzlich eine enorme Anschwellung vorn am Halse mit Respirations-, Phonations- und Schluckbeschwerden.

Es wurde die Diagnose auf Blutung in eine Schilddrüsencyste gestellt. Nach Spaltung der bindegewebigen Drüsenkapsel und nachdem man $1^1/_2$ ccm tief in in das Drüsengewebe eingegangen war, traf man auf die Cystenwand. Die Cyste wurde in toto ausgeschält; ihr Inhalt betrug $^1/_2$ Wasserglas Blut.

PAUL RAUGÉ.

112) **Ingersol Olmstead. Die operative Behandlung des Kropfes nebst Mittheilung von Fällen. (The operative treatment of goitre with a report of cases.)** *N. Y. Medical Record. 27. September 1902.*

Sobald Anzeichen von Dyspnoe oder entzündliche Veränderungen auftreten oder der leiseste Verdacht auf maligne Entartung besteht, soll operirt werden, ferner, wenn die Struma die Tendenz hat, nach der Thoraxapertur zu zu wachsen oder wenn sie infolge der Bildung von Colloidknoten eine erhebliche Grösse erreicht hat, schliesslich, wenn mit zunehmenden Wachsthum des Kropfes Symptome von Morbus Basedow aufzutreten beginnen.

LEFFERTS.

113) **Leo Loeb. Mischgeschwülste der Schilddrüse. (Mixed tumours of the thyroid gland.)** *American Journal Medical Sciences. Februar 1903.*

Das Resultat seiner Untersuchungen fasst L. so zusammen: Es sind beim Menschen und bei verschiedenen Thierarten in der Schilddrüse Mischgeschwülste vom Typus der Carcino-Sarkome gefunden worden. Alle diese bisher beschriebenen Symptome haben gewisse charakteristische Merkmale gemein. Obwohl derartige Carcino-Sarkome auch auch an anderen Stellen vorkommen, so ist die Mehrzahl von ihnen in der Schilddrüse gefunden worden. Es finden sich in der Schilddrüse auch Mischgeschwülste, die aus neugebildeten Knochen und Sarkom bestehen. Die Thatsachen, die zu Gunsten der Ansicht vom embryonalen Ursprung der Mischgeschwülste angeführt worden sind, können für diese Tumoren nicht geltend gemacht werden.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

114) **James P. Marsh. Angeborener Mangel des ganzen Oesophagus. (Congenital abscence of the entire oesophagus.)** *American Journal of Med. Scienc. Vol. 124. No. 2. p. 304.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

115) **Puig y Says** (Barcelona). **Ein Fall von schwerem Oesophagismus mit Spasmus der Stimmritze, behandelt mittelst hypnotischer Suggestion. (Un caso de esofagismo grave con spasmo de la glotis, iradato por la sugestion hipnotica.)** *Criterio Catol. de Cienc. Médic. September/October 1901.*

Genannter Fall wurde bei einer Frau beobachtet, welche vor 4 Monaten sich beim Essen verschluckt hatte und bei dem Glauben verharrte, dass die Speise in den Kehlkopf gelangt wäre.

Die Pat. wurde jedes Mal, wenn sie zu essen versuchte, dyspnoeisch, das Schlucken wurde jeden Tag schwieriger, und infolge dessen grosse Abmagerung. Die Diagnose lautete auf Hysterie. Nach vergeblichem Versuch mit anderen Mitteln erzielte Verf. schliesslich mittels Sondirung, vereint mit Hypnotismus, dass die Patientin sich nach und nach selbst ernährte, und dass sie die Speisen ohne Schmerzen oder Reflex schlucken konnte.

R. BOTEY.

116) **Shrubsall** und **Mullings. Tuberculose des Oesophagus. (Tuberculosis of oesophagus.)** *Brit. Medical Journal. 10. Januar 1903. Patholog. Society of London.*

Patient war ein 54jähriger Mann, der an Lungenphthise starb und in letzter Zeit viel an Schluckschmerzen gelitten hatte. Im Larynx fanden sich nur geringe tuberculöse Veränderungen, dagegen war der obere Theil der Speiseröhre von zahlreichen Geschwüren und käsig zerfallenen Knötchen eingenommen. Die Ulcerationen hatten ovale Form und scharfe Ränder. Mikroskopische Untersuchung ergab das histologische Bild der Tuberculose mit Tuberkelbacillen. Einige der letzteren wurden zwischen den Epithelzellen gefunden, was an eine primäre Oberflächeninfection und nicht eine Ausdehnung des Processes per continuitatem vom Pharynx her denken liess.

E. WAGGETT.

117) **Romm. Fall von Extraction eines silbernen Esslöffels aus dem unteren Abschnitt der Speiseröhe durch den Einschnitt in den Magen. (Slnt. iswletsch. gastijaw. w nishn. otdere pischtschew. serebi. stol. loshki tscheres rasres sheludka.)** *Russ. chir. Archiv. Bd. 2, p. 326. 1902.*

Der Löffel wurde im Anfalle von Melancholie verschluckt. Heilung.

P. HELLAT.

118) **R. J. Ward. Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Oesophagus. (Removal of foreign body from the oesophagus.)** *American Medicine. 7. Februar 1903.*

W. hat, um eine Fischgräte aus dem Oesophagus zu entfernen, den Patienten

ein gewöhnliches Knäuel Garn herunterschlucken lassen und dann dieses wieder hinausgezogen. In der That wurde dabei die Gräte mit hinausbefördert.

EMIL MAYER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **M. Bresgen** (Wiesbaden). **Die Entzündungen der Nasenhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes, besonders auch in ihren Beziehungen zu einander, sowie zu anderen benachbarten oder entfernteren Gebilden.** Bresgen's Sammlung zwanglos. Abhandl. VI. 2. 1902. Carl Marhold, Halle a/S.

Dieser eine Reihe „ärztlicher Fortbildungs-Vorlesungen" eröffnende Vortrag behandelt zuvörderst die frischen Entzündungen der Nasenhöhle. Eine chronische Entzündung der Nasenschleimhaut disponirt besonders zum Schnupfen, weil sie u. a. auch zu einer Herabsetzung der allgemeinen Widerstandsfähigkeit führt. Der manche Infectionskrankheiten begleitende Schnupfen kann ein gewöhnlicher sein, oder die besonderen Ansteckungskeime können die schon vorhandenen oder gleichzeitig eingedrungenen Eitercoccen zu erhöhter Lebensthätigkeit anregen. Die Infection der Nase kann auch vom Rachen her erfolgen. Der frische Eiterschnupfen der Säuglinge ist immer auf Gonococceninfection zurückzuführen. Frische Nasenschleimhautentzündungen werden auch verursucht durch manche Staubarten, Dämpfe und Einverleibung von Jodsalzen, ferner durch Verletzungen der Nase und Fremdkörper.

Bei dem Heuschnupfen u. s. w. findet man immer ein chronische Nasenschleimhautentzündung, zu der dann nervöse Umstände hinzukommen.

Je stärker und länger dauernd der Kopfschmerz beim Schnupfen ist, um so wahrscheinlicher ist das Mitergriffensein einer oder mehrerer Nebenhöhlen. Die Verbreitung der Entzündung auf die Nachbarschaft kann sich unmittelbar fortsetzen oder durch die Lymphwege.

Durch starkes Schneuzen bei Nasenverschwellung entsteht leicht eine Otitis media.

Die Mundathmung begünstigt die Erkrankung des Rachens, des Kehlkopfes, der Luftröhre und Bronchien. Bei Säuglingen ist die Nahrungsaufnahme erschwert.

Nach Influenzaschnupfen entstehen nicht selten Nebenhöhlenerkrankungen. Der diphtherische Schnupfen dauert länger als der gewöhnliche; der Masernschnupfen ist gewöhnlich heftiger und führt zu Blutungen, ebenso der Scharlachschnupfen, der leicht zu Otitis führt; Der Typhusschnupfen ist ein gewöhnlicher, der traumatische Schnupfen zeigt verschiedene Abstufungen.

Therapeutisch ist das wichtigste Reinlichkeit und Abhärtung, Nasenbäder sind gefährlich; das Schneuzen soll nur einseitig geschehen, man soll in einem kalten und gelüfteten Zimmer schlafen.

Beim Schnupfen häufiger Wechsel der Taschentücher, Aufziehen von Vaselin oder Lanolin, Gurgeln mit Salzwasser, keine Verwendung von Schnupfpulvern,

dagegen ist zu empfehlen Einathmen von Mentholkampfer und Forman, Einblasungen von Sozojodalsalzen, daneben bei Tripperschnupfen der Neugeborenen Einträufeln von Europhen-Paraffin; bei diphtherischer Nasenentzündung Aufziehen von Jod-Kochsalzwasser.

Gegen den Heuschnupfen und verwandte Zustände giebt es nur ein wirkliches Heilmittel (? Ref.), die gründliche Beseitigung der zu Grunde liegenden Dauerentzündung der Nasenschleimhaut während der anfallfreien Zeit. Brüche, Knickungen der Nasenscheidewand bedürfen baldigster nasenärztlicher Behandlung; gegen Blutungen hilft Ferropyrin, Fremdkörper müssen in sachverständiger Weise entfernt werden. Bei an Aetzungen sich anschliessenden Entzündungen empfehlen sich Einlagen von Credé'schem Silberstoff, in schweren Fällen das Schleich'sche Pulvis serosus c. Glutol. A. Rosenberg.

b) Bresgen. **Die Entzündungen der Nasenhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes, besonders in ihren Beziehungen zu einander, sowie zu anderen benachbarten oder entfernteren Gebilden.** Aerztl. Fortbildungs-Vorlesungen. Bresgen's Samml. zwanglos. Abhandl. März und April 1902. C. Marhold, Halle a/S.

Dauerentzündungen der Nase werden u. a. verursacht durch Abusus alcohol. et tabaci, zweckwidriges heftiges Schneuzen, Hyperplasie der Gaumen- und Rachenmandeln, gewohnheitsmässige Einathmung mechanisch oder chemisch reizender Staub- oder Glasarten, Fremdkörper.

Die Ozäna ist nur eine Ausgangsform einer Naseneiterung. Jede Herdeiterung hat einen gewissen Abschluss von den freien Nasenwegen zur Grundlage. Dauerentzündungen der Nase machen sie zu Syphilis geneigt.

Ebenso stehen zur Dauerentzündung in Beziehung Sarkom und Krebs.

Alle Dauerentzündungen haben gemeinsam die Behinderung der Nasenathmung und Stirndruck; regelmässige Begleiterscheinungen sind Niesen, Niesanfälle, Röthe der Nasenhaut, Nasenbluten, Thränenträufeln, Conjunctivitis, Augenflimmern, Sehstörungen, unruhiger Schlaf, Gedächtnisschwäche, Unaufmerksamkeit, Schwerhörigkeit, Rachen- und Kehlkopfkatarrh, Rachenblutungen.

Befund: Blähung der unteren Muschel, Röthung dieser sowie der mittleren; Schwellung der tubercul. septi und am Nasenboden u. s. w.; es folgt das rhinoskopische Bild bei Nebenhöhleneiterung und Ozäna, die oft bei abgelaufenen Eiterungen der Nebenhöhlen sich findet.

Die sog. scrophulöse Rhinitis führt leicht einmal zu Lupus. Dieser sowohl wie die Tuberculose treten vornehmlich am Septum an der bekannten Kratzstelle auf; die dabei vorhandenen Granulationen und Granulome sprechen vorwiegend für Lupus.

Der Schanker sitzt ebenfalls meist an der vorderen Nasenscheidewand und bildet ein hartes, etwas erhabenes Geschwür, ebendort findet sich meist das Erythem und die Papel. Die Frühformen der Syphilis sind besonders bei Neugeborenen zu beachten, bei denen sie oft nicht richtig gedeutet werden.

Sarkome und Carcinome täuschen in ihrer ersten Entwicklung leicht einen

gewöhnlichen Stockschnupfen vor, aber die Stenose wird bei ihnen schnell hochgradig.

Die Behandlung hat vor Allem ins Auge zu fassen eine gesundheitsgemässe Lebensweise; gegen zähe Absonderung empfiehlt sich Vaselin oder Lanolin: Kochsalzgurgelungen, Schnupfenpulver schaden und ebenso Nasendouchen- und spülungen, diese sind nur vorläufig erlaubt bei Ozäna.

Zu empfehlen sind für kürzere Zeit Einstäubungen von Kal. sozojod.; Elektrolyse, Aetzungen mit Acid. chrom. oder Trichloracet., Galvanokaustik (sorgfältig und gründlich) mit länger dauernder und wiederholter Controlle des anscheinend Geheilten und Nachbehandlung mit Streifen Credé'schen Silberstoffes, in dessen Falten nöthigenfalls Pulv. seros. cum Glutol eingestreut wird.

Bei bedeutender Schleimhautverdickung oder polypöser Entartung tritt die Schlinge in ihr Recht und zwar die kalte oder gelegentlich auch der Meissel.

Bei Herdeiterung muss man vor allen Dingen den Herd freilegen; den Nebenhöhlen soll man in nicht dringlichen Fällen immer erst von der Nase beizukommen suchen.

In Bezug auf Ozäna wird erst eine Besserung erzielt werden, wenn von Geburt an auf jede entzündliche, besonders aber eitrige (gonorrhoische) Erkrankrankung der Nasenhöhle sorgfältig geachtet und ihnen frühzeitig zweckentsprechende Behandlung zu Theil werden würde; zu achten ist auf etwaige Herderkrankungen; Einlegen von mit Jodglycerin getränkten Wattebäuschen.

Bei Blutungen empfehlen sich das Aufdrücken eines mit Ferropyrin bestreuten Wattebäuschchens auf die blutende Stelle und Einspritzungen von Gelatinlösung.

A. Rosenberg.

---

c) Siebenzigste Jahresversammlung der British Medical Association 29. Juli bis 1. August 1902 zu Manchester.

Section für Laryngologie.

Vorsitzender: A. Hodgkinson (Manchester).

Die Discussion über:

„Die Diagnose und Behandlung von Fremdkörpern in den oberen Luft- und Speisewegen

wird von Killian (Freiburg i/Br.) eröffnet mit einer Rede über:

Directe Endoskopie der oberen Luftwege und des Oesophagus.

Nach Ansicht des Redners giebt sowohl die Untersuchung mit der geknöpften Oesophagussonde wie mittels der Radioskopie nicht immer zuverlässige Resultate. So kann, wenn der Fremdkörper an die vordere Speiseröhrenwand gedrängt ist, die Sonde an der hinteren Wand entlang an ihm vorbeigleiten, ohne ihn überhaupt zu berühren. Im Roentgenbild kann der Schatten eines Fremdkörpers durch den Schatten der Wirbelsäule oder des Herzens verdeckt werden, und manche Fremdkörper haben überhaupt keinen Schatten. Die einzige wirkliche

verlässliche Methode ist die directe Oesophagoskopie. Bei der Mehrzahl der Patienten lässt sie sich von geübter Hand unter Cocain-Anästhesie anwenden; bei nervösen Individuen und Kindern ist allgemeine Narkose nöthig. Durch die Oesophagoskopie werden alle Momente aufgedeckt, die von Belang sind, wenn es sich um die Entfernung des Fremdkörpers handelt; sie ermöglicht es, diese Entfernung unter genauer Controle seitens der Augen zu versuchen. Es wäre falsch, die Extraction zu versuchen, wenn der Fremdkörper sehr breit ist oder scharfe Ecken, Spitzen und Kanten besitzt, da in diesem Fall die Gefahr besteht, ernste Verletzungen herbeizuführen. In solchen Fällen ist die Oesophagotomie indicirt, falls der Fremdkörper nicht tiefer als 24—26 cm von den oberen Schneidezähnen entfernt sitzt; ist sein Sitz tiefer, so kommt die Gastrotomie oder die Mediastotomia posterior in Betracht. Eine Ausnahme kann bei Kautschuckplatten ohne breite Metalltheile gemacht werden. Ist eine tiefe Verletzung des Oesophagus vorhanden, so sollen keine Extractionsversuche gemacht, sondern schon frühzeitig zur Oesophagotomie geschritten werden.

Dieselben Grundsätze, die für die Oesophagoskopie gelten, finden auch für die Trachea und Bronchien Anwendung. Durch Einführung grader Röhren wird eine directe Inspection bis zu den Lungen ermöglicht. Für Fremdkörper in der Trachea kommt ein Tubus von hinreichender Länge und von einer Breite, die das Passiren der Rima glottidis gestattet, zur Anwendung, und zwar geschieht die Tracheoskopie bei Erwachsenen unter localer Anästhesie mit 25proc. alkoholischer Cocainlösung, der eine Morphiuminjection vorauszuschicken sich empfiehlt, während bei Kindern die Chloroformnarkose anzurathen ist. Hat die Tracheotomie gemacht werden müssen und der Fremdkörper ist nicht ausgehustet worden, so kann eine kurze Tube von der Tracheotomiewunde aus in die Trachea eingeführt werden (directe Tracheoskopia inferior). Ist ein aspirirter Fremdkörper gerade hinter der Bifurcation in einen Bronchus festgekeilt, so kommt man mit directer Tracheoskopie aus; sitzt der Fremdkörper tiefer, so müssen Tuben von grösserer Länge in den cocainisirten Bronchus eingeführt werden. Vermittels der Bronchoskopie ist es möglich, den ganzen Bronchialbaum zu durchsuchen. K. bedient sich dabei einer Kirstein'schen Stirnlampe. Wird der Tubus in einen Bronchus eingeführt, der völlig verstopft ist, so empfiehlt es sich, ein Instrument zu benutzen, das etwas vor seinem Ende eine seitwärts angebrachte Oeffnung hat; anderenfalls können, da nicht genügend Luft an dem Tubus vorbei in die gesunde Lunge gelangen kann, asphyctische Erscheinungen auftreten. Die geeignetsten Instrumente zur Entfernung des Fremdkörpers sind die dünnen zangenförmigen und die stumpfen Haken. Die Handhabung dieser Instrumente erlernt man am besten an einem Phantom, wie solches vom Redner demonstrirt wird. K. hat die Bronchoskopie in 20 Fällen angewandt, von denen er einige mittheilt.

J. Macintyre (Glasgow): Diagnose und Behandlung der Fremdkörper in den oberen Luft- und Speisewegen.

M. ist der Ansicht, dass es Fälle giebt, in denen allein die Roentgenstrahlen genauen Aufschluss über den Fremdkörper geben können; in anderen Fällen bilden sie eine weitere Ergänzung anderer Untersuchungsmethoden.

Ferner bespricht er die Anwendung des Elektromagneten für die Extraction von Fremdkörpern. Er selbst hat für diesen Zweck einen kräftigen Elektromagneten construirt. Derselbe erwies sich als sehr wirksam gegenüber paramagnetischen Fremdkörpern mit grosser metallischer Oberfläche; die Wirksamkeit war erheblich geringer, wenn es sich um eine kleine Metalloberfläche handelte. Ferner nimmt die Kraft des Elektromagneten sehr schnell mit der zunehmenden Entfernung des Fremdkörpers ab; des weiteren ist es nöthig, dass der letztere in der Höhle, in der er sich befindet, frei beweglich ist. M. hat sich seines Magneten auch mit Vortheil für die Nase und des Pharynx bedient. Eine vom Redner demonstrirte Elektro-Sonde für den Oesophagus beruht auf dem Princip der Telephon-Sonden.

Was unglückliche Zufälle bei der Entfernung von Fremdkörpern anbelangt, so hat Redner nur einen Fall mit ungünstigem Ausgang gesehen, und zwar betraf dieser ein Kind, das mit einer Phlegmone des Halses zu ihm gebracht wurde, nachdem vorher verschiedentliche misslungene Versuche zur Entfernung des Frempkörpers gemacht worden waren. Ebenfalls nur in einem Falle hat er die Tracheotomie als nöthig angeordnet.

Walker Downie (Glasgow): Demonstration von Fremdkörpern aus den oberen Luft- und Speisewegen.

Thelwall Thomas (Liverpool): Die Methode, die er als allgemeiner Chirurg bei Fremdkörpern der Speiseröhre anwendet, ist die Sondirung mit einer Schlundsonde mit Metallspitze. Zur Extraction kleiner Fremdkörper, z. B. Fischgräten, bedient er sich des als „Grätenfänger“ bekannten Instruments. Bei Zahnplatten räth er zu frühzeitiger Oesophagotomie.

Wild (Zürich) theilt einen Fall mit, in dem die Untersuchung mit Roentgenstrahlen im Stich liess und erst die Bronchoskopie den wirklichen Sachverhalt aufdeckte. Den Gebrauch kräftiger Magneten hält er bei spitzen Fremdkörpern, wie Nadeln, für bedenklich, wenn sie mit der Spitze nach oben gerichtet sind, da sie auf diese Weise in das Mediastinum getrieben werden können.

Edward Law (London): Ein Fall von papillomatösen Excrescenzen oder ozaenatösen Borken oder Kalkablagerungen im unteren Theil der Trachea.

Ueber den Fall ist bereits in einer Sitzung der Londoner Laryngologischen Gesellschaft berichtet (cfr. Centralblatt XIX. S. 269).

Die Patientin ist nachträglich von Killian mit dem Bronchoskop untersucht. Nach Prüfung mit der Sonde wird endgültig die Diagnose auf Kalkablagerungen gestellt.

Dundas Grant (London): Eine vereinfachte Methode zur Operation von Septumverbiegungen.

Das Verfahren ist eine Modification des Moure'schen Operationsverfahrens.

Haring (Manchester): Chronische Laryngitis.

Die Fälle von chronischer Laryngitis lassen sich hinsichtlich ihrer Ursachen in drei Klassen eintheilen: 1. in solche, die durch Allgemeinerkrankungen be-

dingt sind, wie Gicht, Alkoholismus, Herzklappenfehler etc., wo die Kehlkopfaffection nur als eine locale Manifestation des Allgemeinleidens aufzufassen ist; 2. in solche, die mit Nasenerkrankungen zusammenhängen, und 3. solche, die mit letzteren nichts zu thun haben. Auch hat H. vom klinischen Standpunkt aus eine Eintheilung nach den am meisten afficirten Theilen des Larynx in Laryngitis superior, media und inferior für nützlich befunden. Er giebt einen Ueberblick über die Behandlungsmethoden, die sich ihm bei diesen verschiedenen Arten von Laryngitiden am meisten bewährt werden. Am meisten vernachlässigt wird seiner Ansicht nach gewöhnlich die Regio subglottica, obwohl eine Behandlung dieser Theile häufig gerade bei hartnäckigen Fällen sehr wichtig ist.

Jobson Horne (London) befürwortet eine Eintheilung der Laryngitiden, die auf pathologischer Grundlage beruht und stimmt mit des Vorredners Classification in Laryngitis superior, media und inferior nicht überein. Er führt die Pachydermie als ein Beispiel für eine Form von Laryngitis chronica an, bei der Verticalschnitte unter dem Mikroskop gewöhnlich in allen drei Regionen Veränderungen des Epithels aufweisen.

Adolf Onodi (Budapest): Der Zusammenhang der isolirten respiratorischen Fasern des Recurrens mit dem Sympathicus und den Herznerven.

Der Zusammenhang zwischen Kehlkopfnerven einer- und dem Sympathicus und den Herznervren andererseits ist zwar schon lange bekannt, doch haben neuere Beobachtungen und Untersuchungen gezeigt, dass dieser Zusammenhang ein äusserst inniger und bedeutsamer ist.

O. hat beim Pferde den anatomischen Nachweis führen können, dass entsprechend der doppelten Function des Kehlkopfes, der Respiration und der Phonation, im Stamm des Recurrens und des Vagus die respiratorischen und die phonatorischen Fasern in völlig von einander getrennten Bündeln verlaufen. Während die Isolirung des phonatorischen Nervenbündels sehr leicht gelang und nur eine Verbindung derselben mit der Ansa Vieussenii und den Herznerven bestand, war die Isolirung des respiratorischen Nervenbündels schwierig, denn es fanden sich acht Anastomosen mit dem Sympathicus und den Herznerven. Im Stamm des Sympathicus sind ausser den vasomotorischen und trophischen, auch cerebrospinale, sensitive und motorische Fasern vorhanden. Onodi konnte nachweisen, dass die cerebro-spinalen Fasern der Rami communicantes im Stamm des Sympathicus in einer bestimmten Anordnung verlaufen. Im oberen Brust- und Halstheil verlaufen die cerebro-spinalen Fasern zum grössten Theil nach aufwärts und nur ein geringer Theil von ihnen nach abwärts, während in der unteren Partie des Thorax und im Abdomen gerade das Umgekehrte der Fall ist.

Die Physiologie hat den Ursprung des N. depressor und der cardialen Fasern aus dem N. laryngeus superior aufgedeckt; O. konnte durch Untersuchungen am Hunde nachweisen, dass Reizung des Sympthicus zwischen dem unteren Halsganglion und dem ersten Brustganglion, ebenso wie Reizung der Anastomosen zwischen Sympathicus und Plexus brachialis Contraction des Stimmbandes auf der entsprechenden Seite zur Folge hat.

Marcel Lermoyez (Paris): Die Endresultate der operativen Behandlung von Stirn- und Oberkieferhöhle.

Empyeme der Stirn- und Oberkieferhöhle sind so ernste Erkrankungen, dass eine Radicalbehandlung durchaus gerechtfertigt ist, besonders da chronische Empyeme niemals spontan heilen. Seine Statistik beruht auf 112 selbst beobachteten Fällen.

Es handelt sich entweder um isolirte oder combinirte Erkrankung der beiden Nebenhöhlen. Jene theilt er wieder in einfache und complicirte. Bei dem einfachen Stirnhöhlenempyem muss, wenn die Behandlung von der Nase aus im Stich lässt, die Radicaloperation unternommen werden, und zwar beschreibt L. zwei Methoden, die von Luc (oder Ogston-Luc) und die von Kuhnt. Die Vortheile der Luc'schen Methode bestehen darin, dass keine Entstellung resultirt, die Wunde sofort geschlossen wird und die vorderen Siebbeinzellen eröffnet werden.

Dem stehen als Nachtheile entgegen: die Neigung zu Recidiven, die noch mehr zu fürchten sind, als die ursprüngliche Erkrankung, zu periostaler Eiterung, zu Erkrankung der anderen Stirnhöhle und ferner die Möglichkeit cerebraler Complicationen.

Die Kuhnt'sche Methode hat den Vorzug, dass die Stirnhöhle als solche völlig zerstört wird und daher ein Recidiv ausgeschlossen ist. Ein Nachtheil ist die Drainage nach aussen und die lange Wundbehandlung, ferner, dass die vorderen Siebbeinzelleu nicht eröffnet werden, dass der kosmetische Effect viel zu wünschen übrig lässt und eine häufige Folge der Operation Diplopie ist. Lermoyez empfiehlt von beiden Methoden das Gute zu nehmen und zu einer Luc-Kuhnt'schen Operation zu verschmelzen. Eine eventuell resultirende Entstellung liesse sich wahrscheinlich durch Paraffininjectionen heben und die Diplopie kann durch Streckung der M. rectus inferior der afficirten Seite beseitigt werden.

Er hat in 11 nach diesem combinirten Verfahren operirten Fällen 11 Heilungen erzielt und empfiehlt es auf das Wärmste.

Bei Frontalsinus-Empyemen, die mit einer Orbitalfistel complicirt sind, räth L., wenn der Fistelgang ausgeschnitten und die nekrotische Knochenpartie entfernt werden kann, einen Versuch mit dem unmittelbaren Verschluss der Wunde nach der Kuhnt-Luc'schen Methode. Besteht neben dem Empyem noch ein Weichtheilabscess oberhalb der Höhle, so ist seiner Ansicht nach die Kuhnt'sche Operation die einzige, die in Frage kommen kann. Wenn Cerebralcomplicationen vorhanden sind, so soll auch in frischen Fällen unverzüglich und gründlich operirt werden.

Im Gegensatz zur Stirnhöhle ist die Oberkieferhöhle häufiger allein erkrankt. In der Geschichte dieser Erkrankung spielt die Unterscheidung zwischen der wirklichen Sinusitis und dem Empyem eine Rolle, eine Unterscheidung, deren missverständliche Auffassung seitens mancher Autoren, besonders Dentisten, den Anlass zu grösster Verwirrung gab. Was die Behandlung betrifft, so ist die Ausspritzung von der natürlichen Oeffnung aus sehr unzuverlässig; auch durch

eine künstliche Oeffnung im unteren Nasengang lässt sich keine erfolgreiche Behandlung erzielen.

Die Anbohrung von der Alveole verwirft er als unsicher, auch weil bei Ausspülungen eine Infection der Stirnhöhle leicht möglich ist. Bezüglich der Radicaloperation stehen zwei Methoden in seiner Schätzung am höchsten: die Desault'sche und die Luc'sche (oder Caldwell-Luc'sche). Die erstere setzt uns in den Stand, den Heilungsvorgang zu überwachen; dem steht als Nachtheil die schmerzhafte und langwierige Wundbehandlung, der unangenehme Jodoformgeschmack beim Essen entgegen, sowie, dass die Kieferhöhle schliesslich zu einem Divertikel der Mundhöhle wird. Eine Radicalheilung ist nicht gesichert, die Nachbehandlung muss lange Zeit fortgesetzt werden, durchschnittlich ein bis zwei Jahre. Die Luc'sche Operation hat den Vorzug, dass die Nachbehandlung einfach und schmerzlos ist. Lermoyez hat in 85 pCt. seiner Fälle Heilung erzielt; die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 5 Wochen.

Besteht Abscessbildung in der Wange oder Orbita so empfiehlt L., nachdem die Phlegmone reif geworden, Anaesthesirung durch Kältewirkung und Ausführung der Luc'schen Operation. Ist alveoläre Ostitis vorhanden, so müssen alle erkrankten Knochentheilchen entfernt werden. Nur in diesem Fall ist die Desault-sche der Luc'schen Operation vorzuziehen.

Redner wendet sich dann zur Besprechung der combinirten Empyeme. Bei den Stirn-Oberkieferhöhlenempyemen empfiehlt er folgenden Weg innezuhalten: Zuerst Operation der Highmorshöhle nach Luc, Curettage derselben und provisorische Einlegung eines Tampons zur Blutstillung, dann Eröffnung der Stirnhöhle mittels der Luc-Kuhnt'schen Methode; schliesslich wendet man sich wieder zur Highmorshöhle, revidirt sie noch einmal und schliesst die Wunde. Bei Erkrankung beider Kieferhöhlen kann das Empyem jeder Höhle sich verschieden verhalten und verschiedene Behandlung erfordern. Bei beiderseitigem Stirnhöhlenempyem empfiehlt sich die Kuhnt-Luc'sche Operation für beide Höhlen in einer Sitzung mit totaler Zerstörung des intersinuellen Septums. Sind alle vier Höhlen erkrankt, so müssen, wenn der Patient sich nicht der Operation aller vier Höhlen in einer Sitzung unterziehen kann, die Stirnhöhlen und eine Kieferhöhle in einer Sitzung operirt werden, falls nicht zu befürchten ist, dass eine Infection der einen Kieferhöhle durch die andere erfolgen kann.

Zu demselben Thema sprachen ferner:

H. Tilley (London): Ist die Ursache der Entzündung entfernt, so ist das Wesentliche bei der Behandlung der Nebenhöhlenerkrankungen Sorge für freien, unbehinderten spontanen Abfluss. Bei Stirnhöhlenempyemen kann intranasale Behandlung zur Beseitigung aller Beschwerden führen und so eine Operation von aussen unnöthig werden. Intranasale Behandlung ist aber eine unerlässliche Vorbedingung für jeden äusseren Eingriff. Zur äusseren Operation soll gerathen werden, wenn Symptome, wie starker Kopfschmerz und profuser Ausfluss trotz intranasaler Behandlung anhalten, wenn eine eiternde Fistel nach aussen vorhanden, wenn durch die Secretion locale oder allgemeine Störungen verursacht werden und wenn die Patienten irgend wohin gehen, wo, im Falle eine Secret-

verhaltung eintritt, keine sachgemässe Hülfe zu haben ist. Eine Verödung kann nur bei kleinen, flachen Höhlen erzielt werden, sonst muss die erkrankte Schleimhaut entfernt und freier permanenter Ausfluss nach der Nase geschaffen werden. Es muss genau auf etwaige Ausläufer der Haupthöhle oder auf in diese vorgeschobene Siebbeinzellen geachtet werden, die solche Ausbuchtungen von der Hauptzelle trennenden Septa müssen zerstört werden.

Beim Highmorshöhlenempyem wird in der Regel schon die Ausspülung von der Alveole Chancen für die Heilung geben; ist das Ostium maxillare von Polypen und ödematösen Granulationen umgeben, was die Vermuthung zulässt, dass solche sich auch im Antrum finden werden, so ist die Radical-Operation zu empfehlen, ebenso wenn dem Patienten das tägliche Ausspülen lästig wird. Ist eine Complication mit Empyem der Siebbeinzellen oder der Stirnhöhle vorhanden, so ist es rathsam, die letztgenannten Höhlen zuerst zu operiren.

Grünwald (München): Er räth ab, einen Theil der unteren Muschel zu entfernen um Zugang zum Antrum zu gewinnen. Die Entstellung nach Fortnahme der vorderen Stirnhöhlenwand sei nur gering.

Killian (Freiburg) macht darauf aufmerksam, dass häufig Siebbeinzellen die erkrankt sind, in das Orbitaldach vorgeschoben sind; daraus ergiebt sich dann die Nothwendigkeit, die untere Wand der Stirnhöhle zu reseciren. Er lässt den oberen knöchernen Orbitalrand als schmale Leiste stehen, um eine zu grosse Entstellung zu vermeiden. Durch Resection des Processus frontalis wird das Siebbein zugänglich; die nasale Schleimhaut wird geschont und in die Wunde hineintamponirt. Die Communication zwischen Stirnhöhle und Nase ist dann weit offen und kann nicht obliterirt werden. Es werden weder Drainröhren noch Tampons eingelegt. Die Wunde wird durch primäre Naht geschlossen und in einigen Wochen ist völlige Heilung erreicht. Das kosmetische Resultat ist sehr zufriedenstellend.

Dundas Grant (London) empfiehlt, wenn irgend möglich, intranasale Maassnahmen.

Scanes Spicer (London) bedient sich der Caldwell-Luc'schen Methode, er resecirt die vordere Hälfte der unteren Muschel, um einen möglichst bequemen naso-antralen Durchgang zu haben. Unter mehr als 80 so behandelten Fällen ist er nur einmal nicht zum Ziele gelangt. Bei Stirnhöhlenempyem empfiehlt er Operation von aussen und, wenn häufig Schmerzanfälle infolge von Eiterretention auftreten.

Hemington Pegler (London) fragt Lermoyez, warum er es vermeidet, bei Extraction eines cariösen Zahns und gleichzeitig bestehendem Kieferhöhlenempyem, den Alveolus zu perforiren.

Lermoyez erwidert, dass er der Eröffnung von der Alveole aus die von der Nase her vorzieht, weil diese denselben Procentsatz von Heilungen giebt, ohne dass gegen sie die Einwände gemacht werden können wie gegen jene. Grünwald's Bedenken gegen die Luc'sche Stirnhöhlenoperation hält er für rein theoretischer Natur.

Tilley glaubt, dass die schlechten Resultate in manchen Fällen von Stirnhöhlenoperationen darauf zurückzuführen sind, dass in den Boden der Höhle vorgeschobene Siebbeinzellen übersehen wurden. Der gegen die Eröffnung von der Alveole aus gemachte Einwand, dass eine Communication mit der septische Keime enthaltenden Mundhöhle gemacht werde, sei rein theoretisch.

Greville Macdonald (London): Die operative Behandlung der Larynxpapillome.

M. verurtheilt die Thyreotomie; sie sei niemals nothwendig und gäbe nicht mehr Garantie gegen Recidive als intra-laryngeale Operation. Er bedient sich meist der Mackenzie'schen Zange. Bei kleinen Kindern, falls es nicht rathsam ist, zu warten, bis sie ein reiferes Alter erreicht haben, empfiehlt er ohne Leitung des Spiegels unter Chloroformnarkose bei zurückgebeugtem Kopf zu operiren. Bei Erwachsenen besteht die Hauptschwierigkeit darin, die Unterfläche der Stimmlippen zu erreichen.

Dundas Grant (London) nnterstützt die Einwände gegen die Thyreotomie.

Scanes Spicer (London) hat mit zufriedenstellendem Resultat bei Erwachsenen und Kindern unter combinirter Cocain- und Chloroformanaesthesie operirt.

Herbert Tilley (London) giebt ebenfalls der endolaryngealen Operation den Vorzug.

Brown Kelly (Glasgow): Bromäthyl-Narkose für Halsoperationen.

K. beschreibt zunächst die chemischen und physikalischen Eigenschaften des Präparates, die Art, wie die Narkose eingeleitet wird, die dabei zu beobachtenden Vorsichtsmassregeln. Die Hauptvorzüge sind, dass kein besonderer Apparat nöthig ist, die Narkose schnell eintritt und in sitzender Stellung des Patienten vorgenommen werden kann, das Bewusstsein schnell wiederkehrt, die Beschwerden nach der Narkose gering sind, Gefahr nicht in Betracht kommt.

Ein Nachtheil ist, dass das Präparat oft in seiner Zusammensetzung inconstant und unrein ist, während der Narkose der Tonus der Muskulatur bestehen bleibt, nachher bisweilen Erbrechen und gelegentlich Erregungszustände auftreten.

Hemington Pegler (London): Moure'sche Operation für Septumdeviationen.

P. gebraucht an Stelle des Moure'schen Erweiterers, der nicht so lange getragen werden kann, wie es nöthig wäre, damit eine Consolidation des Septums in der neuen Stellung einträte, Gummiplatten. Auch demonstrirt er eine Modification der Moure'schen Zange.

Grünwald (München): Der augenblickliche Stand der Ozaenafrage.

G. erkennt die Ozaena nicht als Krankheit sui generis an, er lässt die Benennung aber zu, um das Bestehen eines foetid eitrigen Ausflusses bei weiten Nasenhöhlen zu bezeichnen. Seiner Ansicht nach kommt in allen Fällen von



Ozaena die Secretion von herdförmigen Erkrankungen her, und wo diese nicht gefunden werden, liegt es nur daran, dass sie nicht leicht aufzudecken sind. Die Annahme, dass die herdförmigen Erkrankungen nur secundär auf dem Boden einer allgemeinen Entzündung der Schleimhaut vorkommen, sei gekünstelt und hätte durch die Sectionsergebnisse Wertheims keine Unterstützung gefunden.

G. wendet sich dann zu den Versuchen, einen specifischen Erreger der Ozaena aufzufinden. Keiner der bisher als solcher angesprochenen Bacillen sei im Stande, die Krankheit in ihrer wahren Form hervorzubringen.

Es sei möglich, dass der Abel'sche Bacillus den zähen und festen Charakter des Secretes verursache. Nur die radicale Behandlung der herdförmig erkrankten Partie wird die Symptome zum Schwinden bringen.

Eugene S. Yonge.

IV. Briefkasten.

Plötzliche Blindheit nach Paraffin-Injection.

Das „Journal of the American Medical Association" bringt in seiner Nummer vom 6. Juni 1903 folgende Mittheilung:

„Dr. Lee Maidment Hurd berichtete der laryngo-rhinologischen Section der New York Academy of Medicine am 27. Mai einen Fall, in dem sofortiger Verlust des Sehvermögens einer wegen einer Deformität der Nase unternommenen Paraffin-Injection gefolgt war. Der Patient war ein 33jähriger Mann ohne syphilitische Vorgeschichte, dem der Vortragende einige Monate früher 2—3 Injectionen von Paraffin behufs Verbesserung einer Nasendeformität gemacht hatte. Der Mann kehrte mit dem Wunsche nach einer weiteren Einspritzung zurück, und während diese gemacht wurde, erblindete er. Die ophthalmoskopische Untersuchung erwies das typische Bild von Embolie der centralen Arterie der Retina. Während die Möglichkeit, dass der Unfall eine blosse Coincidenz darstelle, bereitwillig zugegeben wurde, schien die Meinung vorzuwalten, dass er in directem Zusammenhange mit der Paraffin-Injection stehe. Die Blindheit ist permanent."

Zufällig bringt das „British Medical Journal" an genau demselben Tage (6. Juni) in seinem „Wochenbericht" einen Paragraphen unter dem Titel: „Uebelstände bei Paraffin-Injectionen", in welchem zwei durch solche Injectionen verursachte Unfälle mitgetheilt werden. Im ersten Falle (von M. Lejars der Société de Chirurgie de Paris berichtet) folgte eine rapide Schwellung der Nase, beider oberer und des unteren Augenlides einer drei Monate früher wegen einer geringen Nasendeformität vorgenommenen Paraffin-Injection in die Nase einer 34jährigen Frau. Mittelst kleiner Incisionen in die oberen Augenlider wurde eine Anzahl kleiner Blöcke von erstarrtem Paraffin entfernt. Leider aber trat eine neue, unzweifelhaft durch frische Paraffinfragmente verursachte Schwellung auf. — Im zweiten Falle (im Laufe der Discussion über M. Lejars' Vortrag von M. Tuffier erwähnt) folgten entzündliche Symptome, die an Gummibildung erinnerten, einer Injection von Paraffin in die Mamma. — Das Brit. Med. Journal spricht aber zum Schluss die bestimmte Ansicht aus, dass diese bedauerlichen Zufälle nicht der Methode selbst, sondern ihrer mangelhaften Anwendung zur Last zu legen seien.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIX. Berlin, September. 1903. No. 9.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente, Instrumente.

1) **William Lincoln Ballenger. Physiologische Erklärung einiger Symptome der Mundathmung. (Physiologic statement explanatory of some of the symptoms of mouth-breathing.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. August 1902.*

Verf. fasst seine Ausführungen in folgende Schlusssätze zusammen:

Die respiratorischen Functionen der Nase bestehen darin, die Inspirationsluft anzuwärmen, feucht zu machen und zu filtriren. Bei Mundathmern ist diese Function aufgehoben oder herabgesetzt. Die unteren Luftwege sind nicht im Stande, das erforderliche Maass von Feuchtigkeit zu ergänzen, und daraus resultirt eine abnorme Trockenheit der Bronchien und ihrer feinsten Verzweigungen bis in die Alveolen. Infolge der dadurch in ihnen bedingten pathologischen Veränderungen leidet der respiratorische Gasaustausch in ihnen, es resultirt daraus mangelhafte Sauerstoffaufnahme durch das Blut und Uebertritt toxischer Producte in den Kreislauf. Die Folge davon sind mangelhafte Ernährung und nervöse Symptome, zum Theil beruhend auf Functionstörungen der Leukocyten infolge von Kohlensäureanhäufung im Blut".

EMIL MAYER.

2) **Stewart W. Tufts. Die Controle der Mundathmung bei Nacht. (The control of mouth-breathing at night.)** *N. Y. Medical Record. 7. Februar 1903.*

Die Methode besteht darin, dass ein Stückchen Heftpflaster über die geschlossenen Lippen geklebt wird. Verf. hat gefunden, dass 90 pCt. seiner an acuten oder chronischen Erkrankungen des Respirationstract leidenden Patienten Mundathmer waren. Es schliessen sich daran Betrachtungen über die Schädlichkeiten der Mundathmung.

LEFFERTS.

3) **C. G. Coakley. Einige Beziehungen zwischen Erkrankungen von Nase und Hals und denen der Brusthöhle.** *N. Y. Medical Record. 25. April 1903.*

Verf. giebt eine Schilderung der Schädlichkeiten die infolge Beeinträchtigung der Nasenathmung für die tieferen Luftwege sich ergeben, er erörtert die Be-



ziehungen, die zwischen Nasenpolypen und Asthma bestehen — er hat unter seinen Beobachtungen in 15 pCt. der Fälle den Nachweis dieser Beziehung führen können — bespricht die intrathoracischen Ursachen für Kehlkopflähmungen, sowie den Zusammenhang zwischen Herzkrankheiten und Gefässerweiterungen an der Rachenwand und auf dem Zungengrund. Alle diese Ausführungen enthalten nichts wesentlich Neues.

LEFFERTS.

4) **Lewis A. Coffin. Die Beziehung der Krankheiten der oberen Luftwege zu den Erkrankungen des Magendarmcanals. (The relation of the diseases of the upper-air passages to the diseases of the gastrointestinal tract.)** *N. Y. Medical Record. 25. April 1903.*

Verf. ist der Ansicht, dass bei Kindern häufig krankhafte Veränderungen im Bereich des unteren Nasenganges vorkommen, deren Hauptursache darin besteht, dass die Schleimhaut durch Gase, die einem dyspeptischen Magen entstammen, gereizt wird; ebenso wird die Pharynxschleimhaut durch die von dyspeptischen Kindern stets in die Höhe gebrachten Produkte einer gestörten Verdauung in einen Zustand gebracht, der Aehnlichkeit hat mit der Pharyngitis granulosa der Erwachsenen. Ebenso führt Verf. eine Otitis media, die er bei einem Kinde auftreten sah, das fortwährend erbrach, auf dieselbe Ursache zurück.

Für den Nasenrachenkatarrh ist eine häufige Ursache die Hyperacidität, und zwar treten bisweilen die Beschwerden seitens des Magens ganz hinter den Symptomen, die durch den Nasenrachenkatarrh bedingt sind, zurück. Verf. hat 15 Kinder mit adenoiden Vegetationen und 30 Erwachsenen mit Nasenrachenkatarrh in Bezug auf die Functionen ihres Magens untersucht und gefunden, dass 10 von den Kindern und 24 von den Erwachsenen mehr oder minder ausgesprochene Erkrankungen des Magens hatten.

LEFFERTS.

5) **J. L. Masters. Die Anwendung von salzsaurem Adrenalin in der Nasenchirurgie. (The use of adrenalin chloride in nasal surgery.)** *Medical and Surgical Cal. Monitor. 15. Mai 1901.*

Verf. bestreitet nach seinen Erfahrungen, dass nach Anwendung von Adrenalin die Neigung zu secundären Blutungen besteht.

EMIL MAYER.

6) **F. Rode. Das Adrenalin in der Rhino-Laryngologie.** (Aus Prof. O. Chiari's k. k. Univ.-Klinik f. Kehlkopf- und Nasenkrankheiten in Wien.) *Wien. klin. Rundschau. No. 33. u. 34. 1902.*

An 140 theils liegenden, theils ambulanten Kranken beobachtete R. die Wirkung des Adrenalins und kommt zu folgenden Resultaten: Das Einreiben des Mittels in die Schleimhaut durch etwa $^1/_2$ Minute erzeugt vollständige locale Anämisirung, was sich bei Schwellung der unteren Nasenmuschel am deutlichsten zeigt. — Die Anämie dieser Stelle pflegt 10—30 Minuten lang vollständig zu bleiben und ist meist nach 2—4 Stunden vorüber, was hauptsächlich von der Nasenschleimhaut gilt. — Im Pharynx und Larynx spielt sich dieser Vorgang rascher ab. Nachblutungen sind häufig und meist auch stärker als ohne Anwendung des Adrenalins. — Lösungen im Verhältniss von 1 : 5000 haben fast

denselben Erfolg wie die Originallösung 1 : 1000. Dem Mittel kommt keinerlei anästhesirende Wirkung zu.

CHIARI.

7) **Jirmanski. Anwendung des Adrenalin bei Nasen- und Rachenkrankheiten. (Primen adrenal. pri nos. i gorlow. boles.)** *R. Wratsch. No. 47. 1902.*

J. wendet Adrenalin an bei Nasenblutungen, bei Erkrankungen der Nebenhöhlen, da die Ostien durch dasselbe erweitert werden. Bei Erkrankungen des Halses lässt sich durch Adrenalinwirkung die acute Entzündung von der chronischen unterscheiden, da die chronisch entzündeten Gewebe weniger auf Adrenalin reagiren.

P. HELLAT.

8) **Fr. Pontoppidan** (Dänemark). **Die Anwendung des Nebennierenextractes in der Nasenchirurgie. (Binyreextraktets Anvendelse i Nasekirurgien.)** *Ugeskrift for Läger. p. 409. 2. Mai 1902.*

Der Verf. hat sehr gute Wirkungen von dem Nebennierenextract als Hämostaticum in der Nasenchirurgie gesehen. — Er hat das amerikanische Präparat „Suprarenal with Chloretone" angewendet und zwar in Verbindung mit Cocain und theilt mehrere Fälle, die das gute Resultat illustriren, mit.

E. SCHMIEGELOW.

9) **Lunin. Ueber das Nebennierenpräparat Adrenalin.** *St. Petersburger medic. Wochenschr. S. 95. 1903.*

L. hat das Adrenalin zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken verwendet. Er constatirt die bekannten Eigenschaften des Mittels besonders auf die Schleimhaut und die Schwellkörper der Nase. Ueber unbequeme Neben- oder Nachwirkungen bei localer Anwendung wird nichts berichtet.

P. HELLAT.

10) **J. G. Duncanson** (Woolwich). **Der therapeutische Werth des Adrenalin. (The therapeutic value of adrenalin.)** *Brit. Med. Journal. 21. Februar 1903.*

Verf. beschreibt die Anwendung des salzsauren Adrenalin in Lösung von 1 : 1000 in verschiedenen Fällen. In einem Fall von Hämorrhagie aus der Tonsille bei einem Kinde infolge von Trauma war das Adrenalin das einzige Mittel, mit dem es schliesslich gelang, die Blutung zum Stehen zu bringen.

JAMES DONELAN.

11) **Beaman Douglas. Die Anwendung von Nebennierenextract bei Hals- und Nasenkrankheiten. (The uses of suprarenal extract in nose and throat diseases.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Mai 1903.*

Nach den Erfahrungen des Verfs. ist Nebennierenextract für Operationen an adenoidem Gewebe oder Tonsillen nicht besonders empfehlenswerth. Bei endolaryngealen Eingriffen wegen Kehlkopftuberculose ist die Blutung bei seiner Anwendung sehr gering, die Operation wird erleichtert, und der Operateur kann über die gewöhnlich bei endolaryngealen Operationen mögliche Zeit hinaus den Eingriff fortsetzen. Ferner ist das Präparat mit Vortheil bei Nasenbluten als Stypticum anwendbar, wogegen bei postoperativen Blutungen nach Tonsillotomien und Adenotomien das Wasserstoffsuperoxyd weit bessere Dienste leistet.

LEFFERTS.

12) **Courtade. Mittheilung über Anaesthesin. (Note sur l'anesthésine.)** *Académie de Médecine. 17. März 1903.*

C. hat das Anaesthesin mit gutem Erfolge bei Dysphagie infolge von tuberculösen oder syphilitischen Geschwüren im Halse angewendet.

PAUL RAUGÉ.

13) **W. Freudenthal. Elektrisches Licht bei Erkrankungen der Athmungsorgane. (Electric light in diseases of the respiratory organs.)** *N. Y. Medical Journal. 22. Juli 1902.*

Verf. theilt die Erfahrungen mit, die er mit dem elektrischen Licht als therapeutischem Agens bei Tuberculose und Heufieber gemacht hat. Bei jener kann es nur zur Unterstützung der übrigen Methoden mit herangezogen werden, dagegen hat er in den 24 Fällen von Heufieber, in denen er das elektrische Licht anwandte, zum Theil gute Resultate erzielt: Bei 14 Patienten trat bald nach der Behandlung entschiedene Besserung ein, bei den übrigen 10 waren die Ergebnisse unentschieden. Die Anwendung geschieht so, dass er die Strahlen durch einen blauen Schirm hindurch direct gegen das Gesicht leitet.

LEFFERTS.

14) **D. Crosby Greenl. Ein Apparat zur Aetherisirung für Operationen an Nase und Hals. (An apparatus for etherizing in operations about the nose and throat.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 30. April 1903.*

Der den sonstigen Apparaten anhaftende Nachtheil, dass bei länger dauernden Operationen jedesmal die Operation unterbrochen werden muss, wenn das Anaestheticum wieder angewandt wird, soll hier dadurch vermieden werden, dass während der Operation mittels einer Tube Aetherdampf in den Mund strömt.

15) **Alexander** (Reichenhall). **Ein Schutzschleier am Reflector für Halsoperationen.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 10. 1903.*

Am Stirnbande des Reflectors ist ein „Schleier" aus Billrothbattist befestigt mit zwei Oeffnungen, durch die gesehen wird. Dadurch wird es vermieden, dass Pat. und Arzt sich gegenseitig durch Anhusten das Gesicht besudeln. Lieferant: H. Windler in Berlin.

ZARNIKO.

16) **K. Küster** (Berlin). **Zur Verhinderung des Schnarchens.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 41. 1902.*

Empfehlung einer Bandage, die durch elastischen Zug den Unterkiefer an den Oberkiefer zieht. Leider zeigt der Verf., dass er über die Ursachen des Schnarchens sehr oberflächlich unterrichtet ist. Er wirft das Schnarchen aus Nothwendigkeit (wegen Nasenverstopfung) mit dem Schnarchen aus Angewohnheit in einen Topf und empfiehlt seine Bandage unterschiedslos gegen beide Arten. Dass die Nasenverstopfung, wenn sie vorhanden ist, zu allererst beseitigt werden muss, wird mit keinem Worte erwähnt.

ZARNIKO.



b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **A. Rauber** (Dorpat). **Zur Kenntniss des Os interfrontale und supranasale.** *Anat. Anzeiger. Bd. XXII. No. 9/10. S. 214.*

Im Anschluss an die Arbeit von Schwalbe über die Fontanella metopica (medio-frontalis) untersuchte R. die Schädel der Dorpater Sammlung und fand in etwa 1 pCt. der erwachsenen Schädel mehr oder minder ausgeprägte Spuren jener Fontanelle. An einem jener Schädel treten die Merkmale nicht nur einer ehemaligen Fontanelle, sondern auch eines Os interfrontale sowohl an der äusseren als auch an der inneren Oberfläche des Stirnbeins deutlich zu Tage. Näheres ist im Original nachzulesen.

J. KATZENSTEIN.

18) **Citelli. Untersuchungen über Grösse, Form, Richtung und Symmetrie der Choanen an Schädeln menschlicher Erwachsener. (Studio sulle dimensioni, forme, direzione e simmetrie delle coane nei cranii umani adulti.)** *Arch. d. Laryngol. Januar 1903.*

Verf. hat im Ganzen 1025 Schädel untersucht: 320 normale, 300 mit verschiedenen Anomalien, 350 von Verbrechern, 30 von Cretins und Mikrocephalen und 15 von Negern. Bezüglich der Form unterscheidet er die Typen: Bogenfensterform, ovale Form und elliptische Form. Der Umfang der Choanen beträgt im Mittel 26×14 mm beim Mann, 24×13 beim Weib. Die Richtung der Längsachse der Choanen ist entweder vertical oder nach oben zu convergirend oder — seltener — divergirend.

Sehr häufig finden sich Asymmetrien der Choanen. Bei den Verbrechern, Degenerirten und den niederen Rassen finden sich diese Asymmetrien häufiger als beim normalen Kaukasier.

FINDER.

19) **Jadassohn** (Bern). **Ueber eine eigenartige Erkrankung der Nasenhaut bei Kindern (Granulosis rubra nasi).** *Arch. f. Dermat. u. Syphil. Bd. 58. 1901.*

Die Erkrankung ist klinisch durch Röthung und minimale Papeln, eventuell auch Pustelchen, histologisch besonders durch Infiltrate um die Schweissdrüsenausführungsgänge charakterisirt und ist am häufigsten an der hyperidrotischen Nase von Kindern localisirt.

CHIARI.

20) **Gailleton** (Lyon). **Schanker der Nase. (Chancre du nez.)** *Société nationale de Médecine de Lyon. 23. December 1901.*

Es bestand eine Induration der ganzen Umgebung, die sich bis auf die Wange ausdehnte, so dass das ganze Aehnlichkeit mit einem Rhinosclerom hatte.

PAUL RAUGÉ.

21) **Balzer** (Paris). **Schanker der Nase. (Chancre du nez.)** *Société française de Dermatologie et de Syphilographie. 9. December 1901.*

Es lag eine Verwechslung mit Lupus nahe; jedoch die Drüsenanschwellung und das Auftreten secundärer Erscheinungen führten zur richtigen Diagnose.

PAUL RAUGÉ.



22) **F. Winkler. Zur Behandlung der Nasenröthe.** *Med. Blätter. No. 2. 1902.*

Autor berichtet über die in der Litteratur angegebenen Behandlungverfahren der Acne rosacea, indem er besonders der elektrischen Behandlung (Galvanisation und Franklinisation) sowie der Röntgentherapie das Wort redet, ohne die Vortheile der Skarification zu negiren.

CHIARI-HANSZEL.

23) **W. Dubreuilh. Acne hypertrophicans. (Acné hypertrophique.)** *Journal de Médecine de Bordeaux. 10. August 1902.*

Vorstellung eines Falles in der Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. D. will die Decortication der erkrankten Oberfläche mit dem Thermokauter vornehmen.

E. J. MOURE.

24) **W. Pick** (Prag). **Ueber Granulosis rubra nasi (Jadassohn).** *Arch. f. Dermatol. 62. Bd. 1. H. 1902.*

Der von W. Pick beobachtete Fall betrifft ein 11jähriges Mädchen. Das Krankheitsbild stimmte genau mit dem von Jaddassohn und Hermann beschriebenen überein, die histologische Untersuchung ergab nichts Charakteristisches. Da bei dieser Affection niemals eine locale Hyperhydrosis fehlt, so dürfte zu der Bezeichnung Gran. rubra nasi noch hinzugefügt werden: e (oder cum) hyperhidrosi.

SEIFERT.

25) **Finger. Ueber Folliculitis (Acne) exulcerans serpiginosa nasi (Kaposi).** *Wien. klin. Wochenschr. No. 10. 1902.*

Von rein dermatologischem Interesse.

CHIARI.

26) **John C. Lester. Neubildung der äusseren Nase. (External nasal neoplasm.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1902.*

Ein augenscheinlich gutartiger warzenförmiger Auswuchs an der Nase, der einige Jahre bestanden hatte, fing plötzlich an zu wachsen; der sehr gefässreiche Tumor wurde entfernt und als bösartig befunden. Nach 3 Jahren kein Recidiv.

EMIL MAYER.

27) **Schiff. Ein durch Roentgenbestrahlung geheiltes Epitheliom des Nasenrückens.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 21. Februar 1902.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 9. 1902.*

Patientin ist 101 Jahr alt. Ein analoger Fall zeigt nach 5 Monaten noch keine Spur von Recidive.

CHIARI.

28) **Du Castel. Eine verstümmelnde Affection der Nase. (Affection mutilante du nez.)** *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. 7. November 1901.*

Bei dem vorgestellten Patienten besteht Perforation des harten, Verlust des weichen Gaumens; die Nase ist völlig zerstört. In der Anamnese ist kein Hinweis auf Syphilis vorhanden.

Zur Zeit befindet sich die Affection in Vernarbung. Die Ansichten der Versammlungmitglieder über die Diagnose gehen weit auseinander; sie schwanken zwischen Epitheliom, Lupus, Syphilis und Rhinosclerom. Fournier äussert seine

Meinung dahin, dass es sich um ein auf dem Boden einer syphilitischen Affection gewachsenes Epitheliom handeln könne.

PAUL RAUGÉ.

29) **Myles** (New York). **Traumatischer Abscess und Nekrose der Cartilago triangularis. (Traumatic abscess and necrosis of the triangular cartilage.)** *N. Y. Medical Journal. 9. August 1902.*

Cfr. Bericht über die 24. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Centralbl. XIX. S. 265.

LEFFERTS.

30) **Winckler** (Bremen.) **Weitere Beiträge zur Kenntniss von den Nebenhöhlenerkrankungen. (Further contributions to the knowledge of accessory sinus diseases.)** *Archives of Otology. Februar 1902.*

Fünf Fälle werden vorgeführt, um das kosmetische Resultat nach osteoplastischer Resection der Nasenbeine bei Stirn- und Siebbeinempyem zu illustriren. Ferner Bericht über 3 Fälle von Empyem der Oberkieferhöhle und Siebbeinzellen.

EMIL MAYER.

31) **J. S. Kirkland** (Sydney). **Die pathologischen Verhältnisse der Nebenhöhlen. (The pathological conditions of the cranial sinuses.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Juni 1902.*

Verf. hat seine Untersuchungen an 100 Leichen im Pathologischen Institut des Sydney Hospital angestellt. Während der einen Zeitraum von einem Jahr umfassenden Arbeitszeit waren 4 Monate besonders gekennzeichnet durch eine Influenzaepidemie, im Verlauf deren viele Leichen von an Pneumonie Gestorbenen zur Section kamen. Die Zahl derselben betrug 22. In 50 pCt. von diesen war eine oder mehrere Nebenhöhlen erkrankt und zwar enthielt die Keilbeinhöhle in 8 Fällen Eiter, in 3 Fällen seröse Flüssigkeit.

Der grosse Procentsatz von den an Pneumonie Gestorbenen, bei denen sich die Nebenhöhlen erkrankt fanden, zeigt die wichtige ätiologische Rolle der acuten Infectionskrankheiten bei der Entstehung der Empyeme. Von den gesammten 100 zur Section gelangten Fällen, bei denen die Todesursachen die verschiedensten waren, fanden sich bei 35 in einen oder mehreren Höhlen Eiter; 19 mal war die Keilbeinhöhle erkrankt, so dass Verf. meint, die Affectionen dieser Höhle scheinen bei weitem häufiger zu sein, als gemeinhin geglaubt wird. Er glaubt, dass die Thornwald'sche Erkrankung des Nasenrachenraums in den meisten Fällen nur eine klinische Erscheinungsform eines thatsächlich in der Keilbeinhöhle sich abspielenden Krankheitsprocesses sei, infolge dessen Eiter nach hinten fliesst und im Recessus des Rachendachs antrockne.

A. T. BRADY.

32) **Joseph A. Kennefick. Die Eiterbildung in den Nebenhöhlen der Nase. (The developement of pus in the accessory sinuses of the nose.)** *N. Y. Medical News. 16. August 1902.*

Verf. glaubt, dass in den letzten Jahren wegen des häufigeren Auftretens von Influenzaepidemien die Nebenhöhlenerkrankungen häufiger geworden sind. Er giebt einen Ueberblick über die am häufigsten in den Nebenhöhlen gefundenen Eitererreger und äussert seine Ansicht dahin, dass zum Zustandekommen der

Nebenhöhlenerkrankungen ausser jenen Mikroorganismen vor allem auch eine besondere Disposition des Patienten zur Zeit der Infection und besonders geeignete anatomische Verhältnisse gehören. Er verbreitet sich dann — ohne Neues zu bringen — über die Diagnose und Behandlung der Nebenhöhlenaffectionen.

LEFFERTS.

33) **F. de Lapersonne. Ueber die Complicationen der Nebenhöhlenerkrankungen von Seiten der Orbita und des Auges. (Sur les complications orbitaires et oculaires des sinusites.)** *Soc. française d'ophtalm. Congress von 1902.*

Eine sehr erschöpfende und an Thatsachenmaterial reiche Studie über den Gegenstand. Es werden abgehandelt die acuten Abscesse und Nekrosen der Orbita mit nachfolgender Fistelbildung, die Dacryocystitis und die Augenmuskellähmung, ferner — was die Complicationen von Seiten des Auges selbst betrifft — die Keratitis, Iritis, Neuritis optica, Thrombose der Centralarterie, die Atrophie der Papille. Das Zustandekommen dieser Complicationen geschieht, sobald es sich um eitrige handelt, durch Infection auf dem Lymph- oder Gefässwege; schwieriger ist die Erklärung, wenn es sich um nicht eitrige Krankheitsformen handelt. Am häufigsten scheint dem Verf. auch hier die Entzündung auf eine Eiterresorption zurückgeführt werden zu müssen.

A. CARTAZ.

34) **Robert C. Myles. Erkrankungen der Nebenhöhlen. (Diseases of the accessory sinuses.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. August 1902.*

Eine Zusammenfassung der persönlichen Erfahrungen des Verfs. auf dem Gebiet der Nebenhöhlenerkrankungen. Am leichtesten ist nach seiner Ansicht die Diagnose der Erkrankung der Keilbeinhöhle. Ausgedehnte Wegnahme der vorderen Wand mit der schneidenden Zange, sanfte Curettage, Ausspülung und wiederholte Entfernung der sich über der Oeffnung bildenden Membran führen selbst in den hartnäckigsten Fällen von Keilbeinempyem zur Heilung.

EMIL MAYER.

35) **Adolph Bronner. Krankheiten der Oberkieferhöhle, ihre Ursachen und Behandlung. (Diseases of the maxillary antrum, their symptoms, causes and treatment.)** *The Lancet. 11. Mai 1901.*

Ein kurzer Ueberblick über die Erkrankungen der Oberkieferhöhle. In den meisten Fällen sind die Ursachen für die Erkrankung in der Nase zu suchen und es besteht kein Zusammenhang des Empyems mit Erkrankung der Zähne. Die beste Behandlungsmethode besteht in der Eröffnung von der Alveole aus und zwar soll die Oeffnung eine grosse sein. Es soll eine Röhre in der Oeffnung Monate lang getragen werden, bis die Spülflüssigkeit ganz klar abläuft und noch einige Wochen länger.

AUTOREFERAT.

36) **Löwy. Ein Kieferhöhlenempyem bei Diabetes mellitus.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. 12. November 1902.*

Der Diabetes mellitus spielt in der Rhino-Laryngologie bald eine gewisse causale bald eine accessorische Rolle, welche vorhandene Affectionen ungünstig

beeinflussen kann. Schwere Operationen an Diabetikern sollten vermieden werden; leichtere Fälle von Diabetes bieten aber der Heilung — selbst durch operative Eingriffe — kein Hinderniss, wie Verf. in einem selbstbeobachteten Falle mittheilt.

SCHECH.

37) **Zimmermann. Empyema antri Highmori.** (Wissensch. Verein d. Militärärzte der Garnison Wien.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 31. 1902.*

Ein nach der Methode Luc-Caldwell operirter und geheilter Fall.

CHIARI-HANSZEL.

38) **H. Nelson Hoople. Empyem der Highmorshöhle mit Ptosis und Diplopie. (Empyema of the antrum of Highmore with ptosis and diplopia.)** *N. Y. Medical Record. 28. Juni 1902.*

Eine interessante aber nichts Neues bietende Arbeit. LEFFERTS.

39) **F. C. Cobb. Antrumempyem. (Empyema of the antrum.)** *Laryngoscope. Juli 1902.*

Eine kurze Zusammenfassung bekannter Dinge. EMIL MAYER.

40) **J. de Croës. Oberkieferhöhle und ihre Erkrankung. (Sinus et sinusite maxillaire.)** *Paris 1902.*

Eine sehr gründliche Studie, die vielleicht nur etwas zu einseitig den dentalen Ursprung der Empyeme betont. Auf Grund anatomischer Betrachtungen, die grössten Theils von den Angaben Zuckerkandl's ausgehen, wird der Zusammenhang der Oberkieferhöhle mit den Zähnen aufs Genaueste besprochen. Nach Ansicht des Verf. müssen die Zähne der Häufigkeit nach in folgender Reihenfolge für das Entstehen der Empyeme verantwortlich gemacht werden: I. Molaris, II. Praemolaris, II. Molaris, Dens caninus, III. Molaris, seitlicher und mittlerer Schneidezahn.

Im zweiten Theil wird die Pathologie der Empyeme erörtert; Verf. unterscheidet drei Arten von Sinusitis: die katarrhalische, phlegmonöse und fungöse. Daran schliessen sich Betrachtungen über die Diagnose und Therapie.

A. CARTAZ.

41) **D'Ajutolo. Ueber ein wenig bekanntes Symptom des acuten Oberkieferhöhlenempyems infolge Influenza. (Di un sintoma poco noto di empiema mascellare acuto da influenza.)** *Boll. delle Scienze Mediche di Bologna. März 1903.*

Das Symptom besteht im Vorhandensein einer intensiv hyperämischen Zone in der Schleimhaut des Mundes, entsprechend der äusseren Wand der erkrankten Nebenhöhle. Diese Zone erstreckt sich vom letzten Molaris bis fast zum Dens caninus, beginnt ungefähr 6—7 Millimeter über dem Zahnfleischrand mit einer umschriebenen, leicht convexen Linie und verliert sich nach der Wange zu. Verf. hat dieses Symptom nur bei Hajek erwähnt gefunden; doch bezeichnet dieser Autor als den Sitz der Hyperämie das Zahnfleisch, während es nach Beobachtungen d'Ajutolo's weiter oben in der Uebergangsfalte zu suchen ist. Im Gegensatz

zu H. lässt Verf. dieses Symptom abhängen von einer collateralen Hyperämie bei dem acuten Empyem.

Eine zweite weniger intensiv geröthete Zone fand Verf. ebenfalls beim Influenza-Empyem, die sich bis zum Frenulum der Oberlippe erstreckte und die auf Hyperämie von Aesten der Alveolaris anterior zurückzuführen ist.

Verf. schlägt für dieses Symptom den Namen „Hajek'sches Zeichen" vor.

FINDER.

42) **Cornelius G. Coakley. Ein Fall von Tuberculose der Highmorshöhle. (A case of tuberculosis of the antrum of Highmore.)** *N. Y. Universitary Bulletin of Medical Sciences. Juli 1902.*

In den aus der Highmorshöhle ausgekratzten Granulationen wurden Tuberkelbacillen gefunden. Es bestanden sonst keine Anzeichen von Tuberculose bei dem Patienten.

EMIL MAYER.

43) **Zarniko** (Hamburg). **Carcinoma papillare nasi von der Kieferhöhle ausgehend.** *Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeil. No. 6.*

59jährige Frau. Tumormassen erfüllen die linke Nase, die Kieferhöhle. Empyem des Siebbeins und der linken Keilbeinhöhle. Mikroskopisch: Papilläres Carcinom. Operation durch die Nase und nach Eröffnung der Kieferhöhle von der Fossa canina aus. Obturator. Vorläufig gutes Resultat.

(Nacht rag: Später Recidive durch Auskratzen entfernt. Kieferresection verweigert. Pat entzieht sich der weiteren Beobachtung.)

ZARNIKO.

44) **Pinatelle** (Lyon). **Osteom der Kieferhöhle. (Ostéome du sinus maxillaire.)** *Société nationale de médecine de Lyon. Juli 1902.*

Eröffnung der Höhle von der Fossa canina aus und zweimalige Curettage derselben im Laufe von zwei Monaten.

PAUL RAUGÉ.

45) **Notiz des Herausgebers. Das Fehlen der Stirnhöhle. (The abscence of the frontal sinus.)** *Journal American Medical Association. 22. Mai 1902.*

Es wird betont, wie wünschenswerth ein Mittel wäre, um mit Sicherheit das Vorhandensein der Stirnhöhlen in jedem Fall festzustellen, damit man bei eventueller Operation nicht die Gefahr einer Eröffnung der Schädelhöhle läuft.

EMIL MAYER.

46) **H. Lambert Lack. Behandlung chronischer Stirnhöhleneiterung. (Treatment of chronic suppuration in the frontal sinuses.)** *Edinburgh Medical Journal. Juni 1902.*

Zuerst bespricht Verf. die Behandlung mittels antiseptischer Irrigationen von der Nase aus und formulirt seine Ansicht dahin, dass diese Methode für die Fälle vorbehalten bleiben soll, in denen der Patient einer Operation sehr abgeneigt ist, die Ausspülung der Sinus leicht gelingt und keine dringende Indication für einen Eingriff besteht. Im Ganzen ist Verf. kein Anhänger dieser Behandlungsart. In Bezug auf die Vornahme einer Radicaloperation überlässt er, sobald nicht dringende Symptome — heftige Schmerzen, Abflussbehinderung, Cerebralsymptome

und schlechtes Allgemeinbefinden — vorliegen, die Entscheidung dem Kranken. Eine kritische Uebersicht über die verschiedenen Methoden zur Drainage der Höhle führt Verf. zu dem Ergebniss, dass das beste und fast in jedem Falle zu einem günstigen Resultat führende Verfahren die völlige Verödung der Höhle ist. Auch bei weiten Stirnhöhlen ist die resultirende Entstellung nicht so erheblich, wie oft a priori angenommen ist.

A. LOGAN TURNER.

47) **Baratoux. Die Radicaloperation bei chronischem Stirnhöhlenempyem. (De l'opération radicale dans la sinusite frontale chronique.)** *Pratique Médicale; Journal des maladies des oreilles du nez et du larynx. Juni 1902.*

Eine Schilderung des Killian'schen Operationsverfahrens.

E. J. MOURE.

48) **Lewis A. Coffin. Ueber Diagnose und Behandlung der Stirnhöhlenerkrankungen. (On the diagnosis and treatment of the diseases of the frontal sinus.)** *Laryngoscope. Juli 1902.*

Verf. bespricht die Diagnose der Erkrankung und giebt eine kritische Erörterung über die verschiedenen für sie empfohlenen Operationsmethoden.

EMIL MAYER.

49) **Berens. Stirnhöhlenabscess. (Abscess of frontal sinuses.)** *N. Y. Medical News. 25. Juli 1902.*

Bericht über einen Fall von beiderseitigem Stirnhöhlenempyem, in dem T-förmige Drainröhren zur Verwendung kamen und Bemerkungen über die vom Verf. befolgte Operationstechnik. Verf. gebraucht während der Operation mit Vorliebe Wasserstoffsuperoxyd, und zwar benutzt er dasselbe zur localen Blutstillung. Ist bei der Operation viel Blut verschluckt worden, so injicirt er Wasserstoffsuperoxyd durch die Nase in den Magen; das geronnene Blut wird dann sofort erbrochen.

LEFFERTS.

50) **Holbrook Curtis. Die Technik der Stirnhöhlenoperation mit Bericht über drei ohne Nasendrainage behandelte Fälle. (The technique of frontal sinus operations with report of three cases treated without nasal drainage.)** *Laryngoscope. Juli 1902.*

Verf. hat durchaus befriedigende Resultate mit der von ihm geschilderten Behandlung erzielt.

EMIL MAYER.

51) **Engelmann** (Hamburg). **Ueber Stirnhöhlenerkrankungen.** *Deutsche medic. Wochenschr. Vereinsbeil. No. 32. 1902.*

Verf. demonstrirt eine Patientin mit acutem Stirnhöhlenkatarrh, die Veränderung des Durchleuchtungsbildes dabei, empfiehlt exspectative Therapie, auch für acute und für manche chronische Kieferhöhlenentzündungen, betont die Werthlosigkeit der Durchleuchtung in diagnostischer Hinsicht.

ZARNIKO.

52) **v. Hacker. Osteoplastische Deckung eines die Stirnhöhle eröffnenden Knochendefectes.** (Wissenschaftl. Aerztegesellschaft in Innsbruck, 15. Februar 1902.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 34. 1902.*

Der Defect entstand nach einer complicirten Fractur des Stirnbeins durch

einen Hufschlag. Derselbe wurde derart gedeckt, dass ein über dem Defect gelegener Theil des Stirnbeines in Form eines gestielten Periostknochenlappens so herabgeschlagen wurde, dass die Knochenfläche nach aussen sah und die seitlich abgelöste Kopfschwarte darüber linear vernäht wurde. Die Stirn bietet gegenwärtig normale Configuration.

CHIARI.

53) **v. Wild** (Frankfurt). **Acutes Stirnhöhlenempyem; Operation; Tod. (Acute empyema of frontal sinus; operation; death.)** *Archives of Otology. August 1902.*

Der Tod erfolgte infolge von Meningitis und Allgemeininfection bei einem 17jährigen Mädchen innerhalb 7 Tagen vom Beginn der Erkrankung an gerechnet. Verf. zieht daraus für sich die Lehre, in einem anderen Fall frühzeitiger operiren zu wollen.

EMIL MAYER.

54) **G. Kelling** (Dresden). **Analyse des Inhaltes einer Schleimcyste der Stirnhöhle.** *Wien. med. Wochenschr. No. 32. 1902.*

Es handelt sich um eine hühnereigrosse, fluctuirende Geschwulst, welche von der Stirnhöhle ausgehend durch das knöcherne Orbitaldach in die Orbita durchgebrochen ist. Die vordere und auch die hintere Wand der Stirnhöhle grösstentheils usurirt. Heilung auf operativem Wege. Der Inhalt der Cyste war eine leimartige, graubraune Masse, die stark alkalisch auf Lakmus reagirte und 100,4 pM. Trockensubstanz, 9,443 pM. Asche und 0,57 pM. Eisenoxyd enthielt. Ferner konnten nachgewiesen werden: Mucin, Pseudomucin, Alkalialbuminat, etwas Albumin, Cholestein und Fett. Die Farbe der Masse rührte vom Hämatin her. Es fehlten: Zucker, Glykogen, Pepton, Colloidkörperchen und leimgebende Substanz.

CHIARI.

55) **Krogius** (Helsingfors). **Ueber die primären Sarcome des Sinus frontalis.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 64. Bd. 4. H. 1902.*

Bei einem 29jährigen Manne hatte die Geschwulst schon 5 Jahre bestanden, die glatt verlaufende Operation brachte ein Spindelzellensarkom zu Tage, welches die knöcherne Stirnwand allenthalben durchwachsen hatte.

SEIFERT.

56) **Axenfeld** (Freiburg i. Br.). **Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der frontalen und der ethmoidalen Sinusitis und ihrer orbitalen Complicationen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 40. 1902.*

Verf. weist nachdrücklich darauf hin, dass die meisten orbitalen Eiterungen von den periorbitalen Nebenhöhlen der Nase ihren Ursprung nehmen, wobei es nicht nothwendig zu einer Perforation der Zwischenwand zu kommen braucht. Er zeigt an einem Falle, dass man auch bei schweren intraorbitalen Complicationen nicht immer die acut erkrankte Nebenhöhle zu operiren brauche, da die acuten Entzündungen hier gewöhnlich spontan abheilten.

In einem anderen Falle wurde bei der Operation einer erkrankten Stirnhöhle unabsichtlich die andere Stirnhöhle eröffnet, weil eine Lücke im knöchernen Septum interfrontale bestand. Die Lücke wurde durch Herüberziehen der Stirnhaut

zugedeckt. Heilung ohne Miterkrankung der gesunden Höhle. — In einem Falle fand Verf. ein durch Actinomyces verursachtos Siebbeinempyem vor.

ZARNIKO.

57) **W. B. Shields. Die Häufigkeit der Siebbeinerkrankung bei sogenanntem Nasenkatarrh. (The frequency of ethmoiditis in so-called nasal catarrh.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1902.*

Verf. glaubt, dass viele Fälle von Nasenrachenkatarrh, Rhinitis hypertrophicans und Ozaena zurückzuführen sind auf die Reizung durch das Secret, das einem Siebbeinempyem entstammt.

EMIL MAYER.

58) **Anthony Bowlby. Siebbein-Mucocele. (Ethmoidal mucocele.)** *Clinical Society of London. 25. April 1902. Brit. med. Journal. 3. Mai 1902.*

B. zeigt einen 26 Jahre alten Mann, der als 5jähriges Kind einen „Abscess am linken Auge" gehabt hatte. Im Anschluss daran entstand eine persistirende Schwellung auf der linken Seite des Nasenrückens. Seit 10—15 Jahren besteht auch eine Schwellung im rechten inneren Orbitalwinkel; irgend welche Beschwerden hat Pat. niemals davon gehabt, bis vor einigen Monaten sich Undurchgängigkeit der linken Nase und Schmerzen am linken Auge, sowie eine Zunahme der Schwellung auf dieser Seite bemerkbar machten. Letztere wurde allmälig grösser und dabei immer schmerzhafter.

Herbert Tilley hält die beste für diesen Fall in Betracht kommende Operationsmethode die Eröffnung des Antrum und die Ausräumung des Siebbeins von der Höhle aus.

E. B. WAGGET.

59) **Eugene L. van Sant. Erkrankungen der Siebbeinzellen. (Diseases of the ethmoidal cells.)** *Laryngoscope. Juli 1902.*

Verf. befürwortet die Heissluftbehandlung bei Erkrankung des Siebbeins. Es wird auf diese Weise das Secret aus den Zellen entfernt. Mittels einer schmalen Pipette, die an das zur Heissluftbehandlung verwendete Rohr angebracht wird, können dann antiseptische Lösungen eingespritzt werden, und zwar empfiehlt Verf. zu diesem Zweck eine 5proc. wässerige Protargol- oder 10—20proc. Ichthyollösung.

EMIL MAYERT.

60) **Eugene L. van Sant. Die Siebbeinzellen. (The ethmoidal cells.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. August 1902.*

Inhaltlich übereinstimmend mit der unter voriger Nummer referirten Arbeit des Verf.'s.

EMIL MAYER.

61) **E. J. Moure. Behandlung der bösartigen Tumoren des Siebbeins. (Traitement des tumeurs malignes de l'ethmoide.)** *Revue hebdomadaire de Laryngol. 1902.*

Stimmt inhaltlich überein mit dem vom Verf. in der Franz. Gesellschaft für Laryngologie und Otologie Mai 1902 gehaltenen Vortrag. Cfr. Centralblatt XIX. S. 327.

AUTOREFERAT.

62) **Calamida** und **Citelli. Ein Fall von Peritheliome der Siebbeinschleimhaut. (Un caso di peritelioma della mucosa etmoidale.)** *Arch. Ital. d. Otologia. Rinologia e Laringologia. Mai 1902.*

Bei der 32jährigen Patientin fand sich die rechte Nasenhöhle ausgefüllt mit einer grau-röthlichen Geschwulst, die mit der kalten Schlinge in mehreren Sitzungen entfernt wurde. Nach etwas über einem Jahr stellte sie sich mit demselben Befund wieder vor. Wiederum Entfernung mit der Schlinge. Nach abermals einem Jahr ergab die Untersuchung, dass die rechte mittlere Muschel von Tumormassen bedeckt war, die wiederum entfernt wurden. Ein Jahr darauf fand sich am innern Orbitalwinkel eine Vortreibung und eine Dislocation des Bulbus nach aussen und unten. Bei der Durchleuchtung war die rechte Stirnhöhle dunkel. Die Nasenhöhle war verhältnismässig frei von Tumormassen. Exitus nach drei Monaten.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um einen perivasculären Tumor handelte und zwar nennt Verf. ihn — nach der Einteilung Borrmann's — Peritheliom.

FINDER.

63) **C. G. Coakley. Die Keilbeinhöhle. (The sphenoidal sinus.)** *Laryngoscope. Juli 1902.*

Nichts Erwähnenswerthes.

EMIL MEYER.

64) **David Mc. Keown. Chronische Eiterung der Keilbeinhöhle; einige Beobachtungen über Operation derselben. (Chronic sphenoidal suppuration; some observations on operation.)** *Lancet. 2. August 1902.*

Es werden drei Fälle berichtet. Mit der Grünwald'schen Zange und einem mit einer zahnärztlichen Maschine getriebenen Drillbohrer wurde die Keilbeinhöhlenwand entfernt. Gestorben ist keiner der Patienten.

ADOLPH BRONNER.

65) **Guye** (Amsterdam). **Vier Fälle von Ausräumung der Keilbeinhöhle bei recidivirenden Nasenpolypen.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 8. 1902.*

G. heilte vier Fälle, bei denen in Folge einer Keilbeinhöhlen-Erkrankung Nasenpolypen häufig recidivirten, und von denen zwei über heftigen Kopfschmerz klagten, durch Ausräumung der Keilbeinhöhle mit dem scharfen Löffel (vergl. auch den Bericht über die Vers. Deutscher Naturf. u. Aerzte, Hamburg 1901).

ZARNIKO.

66) **L. Grünwald** (München). **Intervertebraler Abscess, ausgehend von einer Eiterung einer accessorischen Keilbeinhöhle. Zahlreiche Complicationen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XII. S. 454. 1902.*

Ausführliche Krankengeschichte des Falles, der durch folgende Reihe seltenster und bemerkenswerthester Vorkommnisse sich auszeichnet:

1. Die accessorische Keilbeinhöhle,

2. der nachträgliche Nachweis einer localisirten Naseneiterung auch da, wo zunächst bei der allgemeinen Section in situ alle Höhlen gesund schienen,

3. das Bestehen eines intervertebralen Abscesses durch längere Zeit hindurch ohne myelitische oder andere Druckerscheinungen,

4. die zweimal erfolgreiche Stillung der Blutung aus einer hochgradig sclerotischen Carotis bloss durch Compression und die nicht infectiöse feste Thrombose trotz der nahen Eiterung,

5. die unglaubliche Resistenz eines so hochgradig an den Circulationsorganen erkrankten Körpers gegen die langdauernde Eitervergiftung, die monatelangen entsetzlichen Schmerzen und die häufigen langen Chloroformnarkosen,

6. der Verlauf der Tiefeneiterung ohne Temperatursteigerungen, die nur bei Exacerbationen oder Retentionen ganz kurzdauernd auftraten. F. KLEMPERER.

c. Mundrachenhöhle.

67) **Seifert** (Würzburg). **Behandlung der Erkrankungen der Mundhöhle.** *Handb. d. Therap. v. Penzoldt-Stintzing. III. Aufl. 1902.*

Dem Verf. fiel die Aufgabe zu, die Behandlung der Erkrankungen der Mundhöhle excl. Gangrän und Phlegmone, Zahn- und Zahnfleischkrankheiten zu bearbeiten. In dem einleitenden Abschnitt wird die Pflege der Mundhöhle unter Anführung der verschiedenen Mundwässer, Zahnpasten, Zahnpulvern etc. besprochen. Der specielle Theil befasst sich zunächst mit den Krankheiten der Lippen, dann mit den Lippen- und Mundkrankheiten des kindlichen Alters. Der Hauptantheil fällt auf die Erkrankungen der Mundhöhle, Schleimhaut und den Schluss bilden die Krankheiten der Zunge. Jedem einzelnen Abschnitt ist eine kurze Besprechung der Pathologie der einzelnen Krankheitsformen gewidmet. Die Literaturangaben sind so genau und lückenlos als irgend möglich.

AUTOREFERAT.

68) **E. Roughton. Einige krankhafte Zustände der Mundhöhle. (Some morbid conditions of the mouth.)** *Lancet. 17. September, 18. und 25. October 1902.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Häufigkeit und Wichtigkeit von Erkrankungen des Mundes, die oft übersehen werden. Er betont besonders den Zusammenhang dieser mit den Erkrankungen der Zähne. Bei Frauen besonders häufig ist die Pyorrhoea alveolaris, deren Symptome oft falsch gedeutet werden. In Folge der in der Mundhöhle angesiedelten Bacterien tritt oft Gährung des Mageninhalts und sogar Erkrankung der Magenwandungen selbst ein. Auch findet sich in der Mundhöhle oft der Fränkel'sche Pneumococcus, der Erreger der Pneumonie. Schliesslich erwähnt Verf. einige Fälle von Alveolarabscess. In dem einen starb der Patient in Folge von Peritonitis und Pneumonie, in einem andern an Meningitis, in einem in Folge von Larynxoedem, phlegmonöser Pharyngitis und Perforation der Carotis communis. ADOLPH BRONNER.

69) **Rémy** und **Bouchacourt. Chirurgische Anwendung der Endodiascopie der Mundhöhle. (Applications chirurgicales de l'endodiascopie buccale.)** *Académie de médecine. 27. Mai 1902.*

Es handelte sich um einen Patienten, bei dem in Folge einer Fractur des Unterkiefers eine langwierige Eiterung im Munde bestand. Die Anwendung der

Röntgenstrahlen von aussen gab kein deutliches Bild. Man schritt daher zur Endodiaskopie, d. h. es wurde eine besonders zu diesem Zweck construirte Röntgenröhre in den Mund eingeführt und nun das Bild auf den Fluorescenzschirm geworfen. Auf diese Weise gelangte man in der That dazu, die Lage der fracturirten Knochenstücke zu einander genau zu sehen. PAUL RAUGÉ.

70) **H. A. Bittmann. Chronische Stomatitis aphthosa. (Chronic aphtheus stomatitis.)** *Interstate Medical Journal. October 1902.*

Bericht über drei Fälle mit gleichzeitig bestehender Hyperacidität. Behandlung mittels Waschungen mit folgender Lösung:

Rp. Acid benz.
Saccharin aa 3,0
Ol. Cinnamom. 1,0
Alcohol ad 100,0.

MDS. 1 Theil auf 10 Theile Wasser zum Auswaschen des Mundes.

EMIL MAYER.

71) **S. Löblowitz** (Olmütz). **Ueber Stomatitis ulcorosa.** *Wien. med. Wochenschrift. No. 48 bis 52 incl. 1902.*

Die Stomat. ulcer. zerfällt nach L. in 2 Gruppen.

1) In die ungleich grössere der Stomat. ulcer. symptomatica oder cachectica, wobei die Hauptsache die durch ein Allgemeinleiden bedingte Veränderung der Schleimhaut ist und erst in zweiter Linie die Bakterien in Betracht kommen und

2) in die kleinere Gruppe der Stomat. ulceros. im engeren Sinne als rein locale Erkrankung der Mund- und Rachenschleimhaut, die durch locale Ursachen (mechan., chemische und andere Laesionen) bedingt ist. CHIARI-HANZEL.

72) **Chevassu. Leukoplakia oris. (Leucoplasie buccale.)** *Société anatomique 24. Januar 1902.*

C. zeigt zwei leukoplakische Flecken der Mundschleimhaut, von denen der eine eine Degeneration des Epithels aufweist. PAUL RAUGÉ.

73) **M. Guillen** (Valencia). **Beziehungen der Leukoplasie zu der Syphilis und Krebs. (Relaciones de la leucoplasia con la sifilis y el cancer.)** *La Medicin. Valenc. Februar 1902.*

Ausführliche Schilderung über ätiologischen Zusammenhang der Leukokeratosis buccalis mit Syphilis und Epithelioma. R. BOTEY.

74) **F. C. Cobb. Leukoplakie. (Leukoplakia.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 11. December 1902.*

Cfr. Verhandlungen der American Laryngological Association. Bericht im Centralblatt. XIX S. 264. EMIL MAYER.

75) **S. G. Shattock. Atresie des Rachens. (Imperforate pharynx.)** *Transact. of the Pathological Society of London. 1901. Boston Medical Journal. 19. October 1901.*

Die Missbildung wurde bei einem Lamm mit Agnathie gefunden. Der Unter-

kiefer fehlte völlig, zwischen der Mundanlage und dem unteren Theil des Rachens, an dessen Boden eine wohl entwickelte Zunge entsprang, fehlte jede Communication.

WAGGETT.

76) **Geo. B. Wood. Anormale Lage der Carotis communis im Rachen sichtbar. (Anomalous position of the commun carotid, visible in the pharynx.)** *American Journal Medical Sciences. September 1902.*

Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

77) **Richmond Mac Kinney. Erbliche Uvula bifida. (Hereditary doublo uvula.)** *Memphis Medical Monthly. October 1902.*

Bericht über einen Fall.

EMIL MAYER.

78) **Lublinski** (Berlin). **Anomalie des Gaumensegels.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 6. 1903.*

17jähr. junger Mann zeigt in der Gegend der Raphe palati mollis eine Vertiefung $3 \times 0{,}5$ cm, die sich bei der Contraction des Velum ausbaucht. Function nicht beeinträchtigt. Verf. deutet die Anomalie als congenitale Hemmungsbildung: Spaltung des M azygos uvulae.

ZARNIKO.

79) **Broeckaert. Neuer Beitrag zum Studium orworbener und angeborener Gaumensegelperforationen. (Nouvelle contribution á l'étude dos perforations acquises ot congénitales du voile du palais.)** *La Presse Oto-Laryngol. Belge. No. 9. 1902.*

Dass die vorderen und hinteren Gaumenbögen der Sitz von genau symmetrischen Spalten sein können, ohne dass ein ulcerativer Process deren Ursprung zu erklären braucht, sei eine anerkannte Thatsache! B. macht die Mittheilung eines von ihm früher schon beschriebenen Falls von „congenitaler asymmetrischer Perforation der hinteren Gaumensegelbögen mit Innufficienz des Gaumensegels" als eclatantes Beispiel dafür, dass nicht bloss symmetrische Perforationen des Gaumensegels als angeborene Anomalien zu betrachten seien, abgesehen davon, dass die Symmetrie noch gar keinen Beweis für ihren congenitalen Ursprung bilde.

Neben diesen Fällen congenitaler Perforationen des Gaumensegels existiren noch andere acquirirte, deren Ursprung sehr verschieden sein könne. B. theilt diesbezüglich einen Fall von „unilateraler Perforation des vorderen linken Gaumenbogens in Folge von Scharlach" mit, dessen Aetiologie über allen Zweifel erhaben sei.

B. betrachtet die angeborenen Anomalien des Gaumensegels als das Resultat einer Aplasie, einer Entwicklungshemmung, die wahrscheinlich einer Gefässverletzung, d. h. einer primitiven Ernährungsstörung zuzuschreiben sei.

BAYER.

80) **Kappeler** (Constanz). **Ueber die operativen und functionellen Erfolge der Operation der angeborenen Gaumenspalte.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 66. Bd. 1902.*

Von 82 Patienten sind 42 durch eine einzige, 29 durch wiederholte Ope-



rationen geheilt worden, unvollständig gelungen sind 7, gänzlich misslungen 4 Operationen.

Als Zeit zur Operation empfiehlt Kappeler das 2.—6. Lebensjahr.

SEIFERT.

81) **W. Brophy. Chirurgische Behandlung angeborener Gaumendefecte. (Surgical treatment of congenital defects of the palate.)** *Laryngoscope. November 1902.*

Die Methode des Verf.'s besteht in Folgendem: Die Kieferknochen werden durch einige starke Silberdrahtnähte, die durch Bleiplatten verstärkt sind, zusammengedrängt, aber so angelegt, dass die Nase nicht verlegt wird. Die Spannungsnähte im weichen Gaumen werden in beträchtlicher Entfernung von den Vereinigungsnähten angelegt und gehen jederseits durch einen Spalt in einem Bleiplättchen; auf diese Weise wird dem weichen Gaumen nicht nur ein sicherer Halt verliehen, sondern dieser auch während des Heilungsprozesses in Schienen gelegt.

EMIL MAYER.

82) **Sebileau. Brophy's Operation für angeborene Gaumensegelspalten. (Opération de Brophy pour division congénitale du voile du palais.)** *Société de chirurgie. 3. December 1902.*

S. stellt ein von ihm nach dem Brophy'schen Verfahren operirtes 2 monatliches Kind vor. Das Verfahren besteht darin, dass die beiden Oberkiefer mobilisiert und mittels Silberdraht einander genähert werden. Im Gegensatz zu Brophy findet Verf. die Operationstechnik schwer. In dem vorgestellten Fall war das Resultat gut.

PAUL RAUGÉ.

83) **A. P. Condon. Chirurgische Behandlung der angeborenen Gaumenspalte. (Surgical treatment of congenital cleft palate.)** *Medical Herald. Januar 1903.*

Empfehlung der von W. Brophy (Chicago) angegebenen Operationsmethode.

EMIL MAYER.

84) **James F. Mc. Vernon. Angeborene Gaumenspalte. Ein weiterer Beitrag zur operativen Technik und ihre Resultate. (Congenital cleft of the palate. A further report upon the operative technique and its results.)** *Laryngoscope. Februar 1903.*

Es wurden 24 Fälle operirt. Die dabei zur Anwendung gelangte Technik wird ausführlich beschrieben; es wird vor der Naht die Tracheotomie gemacht und die Tracheotomiecanüle erst entfernt, wenn feste Speisen geschluckt werden. Die Resultate waren ausgezeichnet.

EMIL MAYER.

85) **Fick** (Leipzig). **Bemerkungen zur Wolfsrachenbildung.** *Archiv f. klin. Chirurgie. 68. Bd. 2. H. 1902.*

Fick sucht durch seine kurzen Bemerkungen die Untersuchungen über die mechanische Verursachung des Wolfsrachens aufs neue anzuregen, vielleicht würde dadurch die Annahme von P. L. Friedrich, dass sich der Embryo durch eine ungünstige Handhaltung gelegentlich selbst einen Wolfsrachen erzeugen kann, Bestätigung finden.

SEIFERT.

d. Diphtherie und Croup.

86) **Robert L. Pitfield. Ueber die Diagnose der Diphtherie und eine neue Färbung für Diphtheriebacillen. (On the diagnosis of diphtherie and a double stain for the bacillus of diphteria.)** *University of Pennsylvania Medical Bulletin. September 1901.*

Verf. beschreibt ein Färbeverfahren, das, falls das Anlegen von Culturen aus äusseren Gründen nicht möglich ist, eine sichere Diagnose ermöglichen soll.

EMIL MAYER.

87) **W. G. Schaeffler. Eine neue Färbung für Diphtheriebacillen. (A new stain for diphteria bacilli.)** *N. Y. Medical Record. 6. December 1902.*

Die vom Verf. angegebene Färbung soll mit Sicherheit die Unterscheidung der Diphtherie- von den Pseudodiphtheriebacillen gestatten; sie ist schnell auszuführen und zuverlässig. Man gebraucht folgende Lösungen:

I) Filtrirte Lösung von Löffler'schen Methylenblau 10 ccm.

II) Filtrierte Lösung von Pyronin (Grübler) 1,5 ccm. (Pyronin 0,5, Aqu. dest. 10 ccm)

III) 3 proc. Salzsäurealcohol 0,5 ccm (Alcohol abs. 97 ccm, 25 proc. Salzsäure 3 ccm).

In dem Gemisch dieser Lösungen bleibt das Deckgläschen, auf dem das zu untersuchende Material durch die Flamme fixiert ist, 1 Minute lang, dann wird in fliessendem Wasser ausgewaschen. Die wahren Diphtheriebacillen sind blau gefärbt, an den Polen leuchtend rubinrot, die Pseudodiphtheriebacillen sind kleiner und die Rotfärbung fehlt.

LEFFERTS.

88) **W. R. Coues. Die Wichtigkeit sorgfältiger Untersuchung und häufiger cultureller Proben bei zweifelhaften Halserkrankungen. (The importance of careful examination and frequent cultures in doubtful throat cases.)** *N. Y. Medical Record. 31. Januar 1903.*

In dem vom Verf. berichteten Fall gab erst die dritte culturelle Untersuchung ein positives Resultat. Er plädirt dafür, in jedem zweifelhaften Fall von Halsentzündung sofort reichliche Antitoxingaben anzuwenden.

LEFFERTS.

89) **Rolando. Ueber einige Tracheotomien in Fällen von Croup. (Sopra alcune tracheotomie eseguite in casi di croup.)** *Annali di Otologia e Laringologia. No. 1. 1902.*

Verf. hat 23 Tracheotomien bei Croup ausgeführt und 14 Heilungen erzielt. In den Fällen, die unglücklich verliefen, war dieser Verlauf stets zurückzuführen darauf, dass die Erkrankung sich auf die Lungen ausbreitete. In den geheilten Fällen verschwand das Fieber am 2. oder 3. Tage und die Canüle konnte nach 48 Stunden entfernt werden. Verf. führt diese günstigen Resultate auf die gleichzeitige rationelle Anwendung des Diphtherie-Heilserums zurück.

FINDER.

90) **A. K. Gordon. Tracheotomie bei Larynxdiphtherie. (Tracheotomy in laryngeal diphteria.)** *N. Y. Medical News. 20. September 1902.*

Bei Besprechung der Indicationen für die Tracheotomie sagt Verf., dass, wenn Unruhe und Dyspnoe, jedoch noch ohne Cyanose, besteht, man versuchen soll, mit einer tüchtigen Dosis Antitoxin auszukommen, wenn aber der Patient nicht überwacht werden kann, so soll man gleich zur Operation schreiten. Die Hauptindication für die Tracheotomie bei fehlender Cyanose sind wiederholte dyspnoische Anfälle, da diese ein Anzeichen für Membranbildung im Kehlkopf oder Luftröhre sind.

LEFFERTS.

91) **A. Delcourt. Intubation und Tracheotomie; 30 Fälle von diphtheritischem Croup, behandelt durch Intubation des Kehlkopfs. (Tubage et trachéotomie; trente cas de croup diphtéritique traités par le tubage du larynx.)** *La Presse Méd. Belge. No. 20, 21, 22. 1902. Annales de la Soc. Méd. Chir. du Brabant. No. 6. 1902.*

Zuerst Historisches; darauf bespricht der Autor das O'Dwyer'sche Instrumentarium und die Modificationen, welche dasselbe erlitten hat. Dann geht er über zur Operationstechnik, welcher er die Besprechung der Zufälle, welche sich bei der Intubation ereignen können, folgen lässt.

Darauf handelt er von der Entfernung der Tube und den Folgen, welche diese haben kann. Dann geht er ein auf die Dauer der Intubation, und zieht dann in einem weiteren Capitel eine Parallele zwischen der Tracheotomie und der Intubation. Im letzten Capitel handelt er von der Statistik mit besonderer Berücksichtigung von 30 Fällen eigener Beobachtung.

Seine Schlussfolgerungen lauten dahin: dass, vorausgesetzt, dass die Tracheotomirten, ebenso wie die Intubirten unter ständiger Aufsicht stehen für die Intubation 3 formelle Contraindicationen bestehen und zwar: Larynxstenose, hochgradiges Oedem und Nekrose der Glottis, Zustände, welche die Einführung und das Liegenbleiben der Tube im Larynx verhindern. — Die Lungencomplicationen sind weniger häufig und weniger schwer bei Intubirten als bei Tracheotomirten.

Die Vortheile der O'Dwyer'schen Methode sind:

1. Leichteres und schnelleres Operiren, das nur einen Assistenten erheischt, dessen Rolle ausserdem untergeordneter Natur ist.

2. Unblutiger Eingriff, auf welchen die Eltern gerne eingehen und der keine Chloroformnarkose benöthigt, die schon allein für sich eine Mortalität von 3 bis 5 p. m. aufweist.

3. Abwesenheit einer Wunde, die eine Quelle für Schmerz und Infection bildet.

4. Abwesenheit von Narben, welche zu Larynxstenosen führen können.

5. Beibehaltung der natürlichen Respiration, welche die Luft warm und filtrirt den Lungen zuzuführen erlaubt.

6. Seltenere Lungencomplicationen und mit besserer Prognose.

7. Kürzere Reconvalescenz und rapide Heilung.

BAYER.



92) **Donisio** und **Casassa. Wie lässt es sich verhüten, dass Intubationsröhren beim Croup sich verstopfen und ausgehustet werden? (Considerazioni sulla ostimzioni od espulsioni dei tubi laringei nel croup e mezzi per provenile.)** *Raccolta di memorie Italian. sulla Laringologia, Rinologia ed Otaiatria. Januar 1902.*

Verf. glaubt die Gefahr, dass die Intubationsröhren sich verstopfen oder ausgehustet werden, dadurch herabmindern zu können, dass er in der Wand der Tuben zwei concentrische Reihen von Löchern — von je 1 Millimeter Durchmesser — anbringt. Wenn sich der untere Theil der Tube verstopft, so kann die Luft durch die oberhalb der Obstructionsstelle befindlichen Löcher circuliren. Die Möglichkeit, dass die Tube ausgehustet wird, wird dadurch verringert, dass die beim Husten mit explosiver Gewalt herausgestossene Exspirationsluft nicht allein durch die untere Oeffnung der Tube gehen muss, sondern auch durch die seitlichen Löcher entweicht und so in ihrer Kraft abgeschwächt wird. FINDER.

93) **Varay** (Lyon). **Intubation und Bronchopnomonie bei den Diphtherischen. (Tubage et bronchopneumonie chez les diphtériques.)** *Province médicale. 29. Januar 1902.*

Verf. fasst seine Auseinandersetzungen folgendermaassen zusammen:

Die Intubation giebt keine Ursache für das Zustandekommen der Bronchopneumonie bei Diphtherischen ab. Der Grund für die Bronchopneumonie muss vielmehr in der Diphtherie selbst und in dem Organzustand der Patienten gesucht werden. Ausgesprochene Bronchopneumonie giebt keine Contraindication ab für eine Intubation und niemals darf die Furcht vor dieser Complication ein Bedenken gegen die schleunige Anwendung der Intubation abgeben.

PAUL RAUGÉ.

94) **Tantussi. Ueber die moderne Behandlung des Croup. (Intorno alla cura moderna del crup.)** *Bollett. d. malatt. dell'orecchio etc. Februar 1902.*

Verf. gehört zu denen, die bei der Behandlung des Croup der Intubation vor der Tracheotomie den Vorzug geben.

Die Sterblichkeit beträgt in seiner mit Intubation und Seruminjectionen behandelten Fällen 20 pCt.

Seine Bemerkungen beziehen sich auf die bei der Intubation zu bevorzugende Technik, die Wahl des Tubus, die Extubation, die er stets nach der Bayeux-schen Methode vornimmt, die Ernährung intubirter Kinder u. s. w.

Was die Serumbehandlung betrifft, so bedient sich Verf. ausschliesslich des Behring'schen Präparats und zwar verwendet er ausschliesslich Sera höherer Immunitätseinheiten, also No. III, bisweilen sogar in der Privatpraxis und bei besonders schweren Fällen No. VI. FINDER.

95) **John H. Mc. Collom. Intubation bei Diphtherie. (Intubation of diphteria,)** *L. Y. Medical Record. 12. Juli 1902.*

Verf. bespricht die Indicationen und die Chancen der Intubation. Was die Ernährung anbetrifft, so hat Verf. die Fütterung durch die Nase aufgegeben und ernährt seine Patienten mittels einer weichen Schlundsonde. Wenn man von den

bereits moribund in die Behandlung gelieferten Patienten absieht, beträgt die Sterblichkeit der Intubirten 10 pCt. In einem der 1200 vom Verf. behandelten Fällen musste die Tube über ein Jahr lang getragen werden. In der Regel geschah die Entfernung nach dem 3. oder 4. Tage; häufig wurde die Tube nach 48 Stunden ausgehustet und brauchte nicht wieder eingeführt zu werden. Als ein Warnungssignal dafür, dass früher oder später eine Larynxstenose eintreten wird, bezeichnet Verf. die Rigidität der Sternocleido-mastoidei; sobald dies Symptom bemerkt wird, soll sofort die Antitoxinbehandlung einsetzen. LEFFERTS.

96) **Sippel** (Stuttgart). **Ueber Intubation bei Larynxstenosen nicht diphtherischer Natur.** *Med. Correspondenzbl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 16. 17. 1903.*

Bei Maserncroup fand die Intubation in 8 Fällen Anwendung, von diesen genasen 2, in mehreren Fällen wurde wenigstens die Stenose erfolgreich bekämpft, wenn auch die Kinder an anderweitigen Complicationen zu Grunde gingen. Einige Male hatte die Intubation guten Erfolg bei besonders schweren Keuchhustenanfällen. Je einmal leistete die Intubation gute Dienste bei einem 11 monatlichen Kinde mit Larynxspasmus und bei einem 14 monatlichen Kinde mit Laryngitis hypoglottica. Von 2 Fällen mit acuter Larynxstenose durch Verätzung wurde ein Fall geheilt, der andere starb an anderweitigen Folgen der Verätzung. In einem Falle von angeborener Struma wurden zwar die Stenoseerscheinungen beseitigt, aber das Kind erlag einer diffusen Bronchitis. Als souveränes Mittel erwies sich die Intubation bei laryngealen und trachealen Stenosen nach Tracheotomie. SEIFERT.

97) **F. E. Waxham. Intubation des Kehlkopfs. (Intubation of the larynx.)** *Indiana Medical Journal. Januar 1903.*

Die grossen während eines Zeitraums von 17 Jahren gesammelten Erfahrungen des Verf.'s haben ihn zu einem begeisterten Anhänger der Intubation bei Kehlkopf-Diphtherie gemacht. In den ersten 100 Fällen, die er mit Intubationen behandelte, hatte er 29, in den zweiten 34, in den dritten 40, in den vierten 38, in den fünften 39 Todesfälle, während von den letzten 70 intubirten Patienten 4 starben, d. i. eine Mortalität von noch nicht 6 pCt. Er führt das Sinken der Mortalität auf die gleichzeitige Anwendung von Antitoxin zurück.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

98) **Marmaduke Sheild. Eine Reihe von Fällen äusserer Kehlkopfoperationen. (A series of cases of external operations on the larynx.)** *Brit. Med. Journ. 15. März 1902. Medical Soc. of London. Transact. 1902.*

Verf. legt für Tracheotomie und Thyreotomie einen gemeinsamen Schnitt an und entfernt in der Regel die Canüle nach Beendigung der Operation. Zwei Tage lang wird per rectum ernährt. Der Patient wird in sitzender Stellung gehalten. Sprechversuche dürfen erst nach einem Monat gemacht werden.

Fall 1 u. 2: Operirt wegen Narbenstenose des Kehlkopfs, die in dem einen Fall syphilitischen, im anderen traumatischen Ursprungs war.

Fall 3: Recidivirende Larynxpapillome bei einem 54 jährigen Manne.

Fall 4: Subglottisches Fibrom bei einer 33 jährigen Frau.

Fall 5: Entfernung eines grossen Papilloms am Stimmband bei einem 45 jährigen Mann. Wiederherstellung der Stimme in Folge Bildung eines Narbenbandes.

Fall 6: Papillom bei einem 40jährigen Mann. Functionelles Resultat: nur Flüstersprache.

Fall 7: Entfernung eines grossen Knochenstücks.

Fall 8: 57 jährige Frau. Pharyngotomie behufs Entfernung eines Epithelioms. Kein Recidiv nach 2 Jahren.

Fall 9: Entfernung des halben Larynx wegen Carcinoms. Recidiv im Pharynx.

E. WAGGETT.

99) **Koschier. Larynxcarcinom.** (K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, 19. December 1902.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 52. 1902.*

Innerhalb zweier Jahre operirte K. fünf Fälle von Larynxcarcinom; hiervon wurde einmal Larynxfissur mit Exstirpation eines Stimmbandes, zweimal halbseitige Exstirpation des Larynx und in zwei Fällen auch die Entfernung der Epiglottis vorgenommen. — K. führte einen Mikulicz-Tampon in die Wunde ein, nähte nur den horizontalen Schnitt und verhinderte so ein Hinabfliessen des Sekretes in die Trachea. In keinem Falle trat eine Bronchitis oder Pneumonie auf, alle konnten geheilt entlassen werden.

CHIARI.

100) **J. Cisneros** (Madrid). **Exstirpation des Kehlkopfes, der Epiglottis, des Zungenbeins und der vorderen Wand des Oesophagus. (Extirpacion de la laringe, epiglotis, hioides y pared anterior dal esófago.)** *Rivista de Medic. y Cirug. Practic. 11. Mai 1902.*

Genannte Operation wurde bei einem 44 jähr. Pat. wegen Epithelioma ausgeführt. Der operative Eingriff erfolgte 3 verschiedene Male, da sich Recidive gebildet hatten. Ungefähr 1 Jahr nach der letzten Operation war der Zustand des Pat. ein sehr befriedigender.

R. BOTEY.

101) **H. L. Nietert. Kehlkopfexstirpation wegen Carcinom. (Exstirpation of the larynx for carcinoma.)** *St. Louis Medical Review. 23. August 1902.*

Vorstellung eines 56jährigen Mannes zwei Monate nach der Operation.

EMIL MAYER.

102) **Charles H. Knight. Fall von Kehlkopfkrebs. Thyreotomie. Recidiv und Tod in vier Monaten. (A case of epithelioma of the larynx. Thyrotomy. Recurrence and death in four months.)** *Laryngoscope. September 1902.*

Vorgestellt auf der Jahresversammlung der American Laryngological Association 1902. Ref. Centralblatt XIX. S. 260.

EMIL MAYER.

103) **J. W. Elliot. Kehlkopfexstirpation. (Extirpation of the larynx.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 23. October 1902.*

Der Patient, um den es sich handelt, war vor zehn Jahren an einem typischen gutartigen Larynxpapillom und seitdem noch einige Male an Recidiven operirt;

bei der Untersuchung eines dieser Recidive vor $1^1/_2$ Jahren ergab sich das mikroskopische Bild des Carcinoms. Nach Eröffnung des Kehlkopfs mittels der Thyreotomie zeigte sich, dass die Geschwulst das linke Stimmband einnahm und sich auf die Epiglottis erstreckte. Die Weichtheile wurden vom Schildknorpel abgeschält und Pat. machte eine gute Reconvalescenz durch. Als jedoch nach kurzem ein Recidiv eintrat, wurde der ganze Kehlkopf bis auf den Ringknorpel entfernt. Zur Zeit der Publikation — acht Monate nach der Operation — trägt Pat. noch die Trachealcanüle.

EMIL MAYER.

104) **L. Barajas** (Madrid). **Chirurgische Unfälle, hervorgerufen infolge Ungewissheit in der Diagnose der laryngo-trachealen Tumoren. (Accidentes quirurgicos determinados por la inseguridad en el diagnostico de los tumores laringo-tragueales.)** *Revist. de Medic. y Cirug. Pract. No. 7. Novbr. 1902.*

Ein Fall von lobulärem Epitheliom des rechten Kehlkopfventrikels bei einem 61jährigen Manne, der während Ausübung seines Berufes als Universitätsprofessor eine belegte Stimme hatte. Zwei Jahre vorher hatten sich blutige Sputa gezeigt. B. hebt als charakteristisch in diesen Fällen das langsame, graduelle und fortschreitende Erscheinen der Abductionsparalyse und der darauf folgenden Dyspnoe hervor im Vergleich zu den Erkrankungen des Recurrens, der Perichondritiden und anderer, welche die Paralyse rasch hervorrufen.

R. BOTEY.

105) **E. Yonge. Die Behandlung des Larynxcarcinoms im Frühstadium mittelst Thyreotomie nebst Bericht über zwei erfolgreiche Fälle. (The treatment of early cancer of the larynx by Thyrotomy, with an account of a two successful cases.)** *Lancet. 15. November 1902.*

1. Mann von 57 Jahren, seit einem Jahr heiser. Die linke Stimmlippe ist in einen papillären Tumor umgewandelt; die Untersuchung ergiebt Epitheliom. Acht Tage nach vorgenommener Tracheotomie wird der Schildknorpel gespalten und das linke Stimmband, ein Theil des Taschenbands und der Aryknorpel entfernt, die Theile ausgekratzt und mit Jodoform bedeckt. Nach 24 Stunden wird die Canüle entfernt. Seit 15 Monaten kein Recidiv.

2. 67jähriger Mann, seit 18 Monaten heiser. Am rechten Stimmband befindet sich eine warzenförmige Geschwulst. Tracheotomie, Thyreotomie und Exstirpation des rechten Stimmbandes. Eine Hahn'sche Canüle wird für sechs Stunden eingelegt. In 12 Monaten kein Recidiv.

ADOLPH BRONNER.

106) **Weljaminow. Vorstellung einer Patientin nach vollständiger Exstirpation des Kehlkopfes und des mikroskopischen Präparates.** *Sitzungsber. des Medico-chir. Vereins 5. XII. 1902. R. Wratsch. 1903.*

Der Patient ist 43 Jahr alt. Die Exstirpation fand vor drei Monaten statt wegen Carcinom. Patient spricht mit Hülfe des Wolff'schen Apparates sehr vernehmlich.

P. HELLAT.

107) **W. Scheppegrell. Ein Fall von Kehlkopfkrebs mit X-Strahlen geheilt. (A case of cancer of the larynx cured by the X-rays.)** *N. Y. Medical Journal. 6. December 1902.*

Es handelte sich um carcinomatöse Erkrankung der linken Kehlkopfhälfte

bei einem 57jährigen Mann. Nach sechsmonatlicher Behandlung mit Röntgenstrahlen — tägliche Exposition von 10 Minuten — Heilung. Es wird nicht erwähnt, dass die Diagnose durch eine mikroskopische Untersuchung erhärtet worden sei.

LEFFERTS.

108) **Frank Hartley. Laryngectomie wegen bösartiger Erkrankung. (Laryngectomy for malignant disease.)** *N. Y. Medical Journal. 27. December 1902.*

Bericht über fünf Fälle: 49jähriger Mann, gesund 4 Jahr nach der Operation; 60jähriger Mann, recidivfrei $4^1/_2$ Jahr nach der Operation; 50jähriger Mann, gesund seit 5 Jahren; 46jähriger Mann, inoperables Recidiv an den tiefgelegenen Cervicaldrüsen 14 Monate nach der Operation, Tod 3 Monate später; 41jährige Frau, ohne Recidiv 10 Monate nach der Operation. Verf. erwähnt die ausgezeichneten functionellen Resultate bei einigen Fällen von Totalexstirpation.

LEFFERTS.

109) **D. Bryson Delavan. Die Resultate der Behandlung des Kehlkopfkrebses mit X-Strahlen. (The results of treatment of laryngeal cancer by means of the X-rays.)** *Laryngoscope. December 1902.*

Vorgetragen auf der 24. Jahresversammlung der American Laryngological Associatien. 1902. Ref. Centralbl. XIX. S. 261.

EMIL MAYER.

110) **Otto Iveer. Die Diagnose des Kehlkopfcarcinoms. (The diagnosis of carcinoma of the larynx.)** *Journal American Medical Association. 7. u. 14. Februar 1903.*

Verf. erörtert die Schwierigkeiten, die es bisweilen macht, aus der mikroskopischen Untersuchung eines zur Probe excidirten Stückes die Diagnose zu stellen. Ein positives Ergebniss hat nur Geltung, wenn die Mikrotomschnitte senkrecht zur Oberfläche des zu untersuchenden Stückes angelegt sind; bei negativem Ergebniss müssen weitere Stücke entnommen werden und zwar müssen diese Stücke stets möglichst dem Centrum der Geschwulst entnommen werden.

EMIL MAYER.

111) **v. Hacker. Totalexstirpation des Larynx ohne Narkose.** (Innsbrucker wissenschaftliche Aerztegesellschaft vom 17. Januar 1903.) *Wien. klin. Wochenschrift. No. 12. 1903.*

62jähriger Patient. Carcinoma laryngis. Operation in hängender Kopflage ohne Tamponcanüle. Infiltration der Weichtheile mit Akoinlösung und Bepinselung der Schleimhaut mit Antipyrin-Cocainlösung (Kocher). Fixation der Trachea im Jugulum ohne Communication mit dem Mundrachenraum. Patient hat innerhalb 3 Monate 10 kg an Körpergewicht zugenommen. Entwickelung einer Pseudostimme.

CHIARI.

112) **J. W. Gleitsmann. Subglottisches Sarkom endolaryngeal mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt. (Subglottic sarcoma removed endolaryngeally with galvanocautery snare.)** *N Y. Medical Record. 5. Juli 1902.*

Mitgetheilt auf der Jahresversammlung der American Laryngological Association 1902. Ref. Centralblatt XIX. S. 260.

LEFFERTS.

113) **Koschier. Larynxsarkom.** (A. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, 20. März 1903.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 13. 1903.*

K. entfernte vor $5^1/_2$ Jahren ein Alveolarsarkom, das etwa bohnengross am Petiolus gestielt aufsass, auf endolaryngealem Wege. Der Fall blieb bisher recidivfrei. CHIARI-HANSZEL.

114) **Hödlmoser. Ueber einen Fall von Sarkom des Kehlkopfes.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 6. 1902.*

Mittheilung von Fällen mit Bemerkungen über Kehlkopf-Sarcome überhaupt; eine Operation fand nicht statt. SCHECH.

115) **Klaussner** (München). **Ein Fall von Kehlkopfsarkom.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 7. 1902.*

Der Fall betrifft einen 10jährigen Jungen, bei dem wegen einer grossen vom rechten Aryknorpel ausgehenden Geschwulst zuerst eine Tracheotomie ausgeführt wurde; später wurde die Geschwulst sammt rechter Kehlkopfhälfte entfernt; es trat Recidiv ein, und der Kranke starb ziemlich plötzlich an Herzcollaps. Die mikroskopische Untersuchung ergab Spindelzellensarcom. SCHECH.

116) **Trumpp. Zur operativen Behandlung acuter Larynxstenosen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 13. 1903.*

Wer die Intubation vornehmen will, muss sich vorher an der Leiche oder am Thiere gut vorüben; auch darf er den Patienten nur verlassen, wenn die Athmung frei und momentane Gefahr ausgeschlossen ist; der Patient muss sich in der Obhut einer zuverlässigen Pflegerin befinden und soll sich der Arzt nicht zu lange und nicht zu weit vom Hause der Kranken entfernen (sic!). Trumpp legt grosses Gewicht auf die Beschaffenheit der Tuben, glaubt aber, dass die elastischen Tuben bei weiterer technischer Vervollkommnung derselben den Sieg davon tragen werden. SCHECH.

117) **L. R. G. Crandron. Chronische Kehlkopfverengerung infolge von Verdickung der falschen Stimmbänder; Tracheotomie; später Excision der falschen Stimmbänder. (Chronic laryngeal obstruction due to enlargement of false cords; tracheotomy; later partial excision of false cords.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 9. October 1902.*

Der Titel enthält Angabe des Inhalts. EMIL MAYER.

118) **L. Barajas** (Madrid.) **Aufzeichnungen über die Intubation des Kehlkopfes. (Notas sobre la intubacion laringea.)** *Revist. de Medic. y Cirug. Pract. No. 746. 1902.*

B. erkennt die Nützlichkeit der Intubation an bei der Behandlung der Recidive der papillomatösen Kehlkopfgeschwülste. Nur in einigen Fällen von Larynxstenose infolge Verletzung der motorischen Centren sei die Intubation contraindicirt und die Tracheotomie vorzuziehen. R. BOTEY.

119) **T. H. Droge. Ein neuer Inductor und Extractor für O'Dwyer'sche Intubationsröhren. (A new introducer and extractor for O'Dwyer's intubation tubes.)** *N. Y. Medical Journal. 5. April 1902.*

Die Vortheile des von S. angegebenen Instrumentariums bestehen erstlich darin, dass der combinirte In- und Extubator für jede Tubengrösse passt, ohne dass ein Obturator nöthig ist, ferner in der Einfachheit, Dauerhaftigkeit und Leichtigkeit der Reinigung.
LEFFERTS.

120) **T. Payson Clark. Schnelle Dilatation und prolongirte Anwendung von Intubationsröhren bei Stenose und Narbenverengerung des Kehlkopfs. Bericht über zwei Fälle. (Rapid dilatation and the prolonged use of intubation tubes in stenosis and in cicatricial occlusion in the larynx. Report of two cases.)** *Laryngoscope. November 1902.*

Mitgetheilt auf der Jahresversammlung der American Laryngological Association 1902. Ref. Centralblatt XIX. S. 261.
EMIL MAYER.

121) **Edward G. Bryant. Die chronische Intubation. (Chronic intubation.)** *N. Y. Medical News. 22. November 1902.*

Verf. hat alle Sorten von Tuben ausprobirt, um der spontanen Extubation vorzubeugen; er hat gefunden, dass der Rath Roger's, die Grösse der Tube alle 6 Wochen etwas zu steigern und stets solche Tuben zu wählen, die etwas weiter sind, als es eigentlich dem Alter entspricht, und die gerade noch von einem geübten Operateur eingeführt werden können, am besten ist. Verf. führt einen Fall an, in dem die Tube ausgehustet wurde und innerhalb 15 Minuten drei Mal wieder eingeführt wurde; nach sorgfältiger Reinigung des Rachens und Kehlkopfes und Darreichung einer kleinen Morphiumgabe wurde sie nochmals eingeführt und blieb dann liegen.
LEFFERTS.

122) **Rupert S. Royce. Modificirte Intubation des Kehlkopfs. (Modified intubation of the larynx.)** *Yale Medical Journal. November 1902.*

Die Methode soll dazu dienen, bei Operationen in Mund und Rachen das Einfliessen von Blut in den Larynx zu verhüten.
EMIL MAYER.

123) **B. F. Gillmour. Intubation. (Intubation.)** *N. Y. Medical Journal. 28. Februar 1903.*

Verf. giebt, um die Mechanik der Intubation zu erläutern, Zeichnungen und Roentgenogramme wieder.
LEFFRETS.

124) **Lerouge. Die Ausübung der Intubation in der Privatpraxis. (La pratique du tubage au clientèle privée.)** *Thèse de Lille. 1903.*

Verf. will beweisen, dass die Intubation keine Methode ist, die dem Krankenhaus vorbehalten bleiben muss, sondern dass sie auch, ohne dass eine ständige Ueberwachung nöthig wäre, in der Privatpraxis anwendbar ist.
A. CARTAZ.

125) **Fritz Cuno. Fixirte Tuben- und Bolzencanülen bei erschwertem Decanulement.** *Münch. med. Wochenschr. No. 18. 1903.*

Empfehlung fixirter Tuben, wenn die gewöhnlichen Tuben immer wieder

ausgehustet werden. Bei Ventilstenose, dem Eingedrücktsein des oberen Randes der Trachealfistel nach hinten verwendet C. rechtwinklige Bolzen, welche von der Trachealfistel aus nach oben in die Luftröhre, resp. in den Kehlkopf geschoben werden; sie haben einen breiten Spalt, durch den die Kinder athmen können. Die Details sind im Original nachzulesen.

SCHECH.

126) **Rode** (Greifswald). **Ueber Exostosen in der Trachealschleimhaut.** *Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeil. No. 2. 1902.*

Zahlreiche kleine, feste, weisse Knötchen in der Trachealschleimhaut eines 12jährigen Mädchens erwiesen sich mikroskopisch als Exostosen von der Structur der Tela spongiosa.

ZARNIKO.

127) **Clement F. Theisen. Ein Fall von intratrachealem Colloidkropf. (A case of intratracheal colloid struma.)** *Laryngoscope. Februar 1902.*

Die laryngoskopische Untersuchung zeigte in dem mitgetheilten Fall einen Tumor an dem hinteren und linken Rand der Trachea, der bei tiefer Inspiration deutlich sichtbar wurde. Da der Tumor ein sich immer unangenehmer bemerkbar machendes Respirationshinderniss abgab, so wurde zur Operation von aussen geschritten. Beim Einschnitt in die Trachea wurde die Geschwulst mitverletzt, was eine heftige Blutung verursachte, die schliesslich mittelst Adrenalinlösung zum Stehen gebracht wurde. Dasselbe Mittel musste noch mehrmals bei der zu starken Blutungen Anlass gebenden Loslösung des Tumors von der Trachealwand, mit der er innig verwachsen war, gebraucht werden. Drei Tage nach der Operation trat eine doppelseitige Pneumonie auf, von der Patient geheilt wurde. Die Untersuchung des Tumors ergab, dass es sich um eine Colloidstruma gehandelt hatte.

EMIL MAYER.

128) **Clement F. Theisen. Ein Fall von intratrachealem Colloidkropf; Operation; Heilung. (A case of intratracheal colloid struma; operation; recovery.)** *The American Journal of the Medical Sciences. Juni 1902.*

An den Bericht über seinen Fall (wohl identisch mit dem im vorigen Referat behandelten) schliesst Verf. folgende Erwägungen:

Fälle von intratrachealer Struma sind vielleicht nicht so selten, als man nach der geringen Zahl der mitgetheilten Fälle annehmen sollte. Wenn in jedem Fall von Struma, besonders in den Fällen, in denen bei einem kleinen Kropf starke Dyspnoe besteht, genaue laryngoskopische und tracheoskopische Untersuchung ausgeführt würde, so würde wahrscheinlich öfter ein intratrachealer Kropf entdeckt werden. Auf die Entwicklung dieser Strumen hat, wie in dem mitgetheilten Fall, vielleicht die Schwangerschaft Einfluss.

EMIL MAYER.

129) **P. S. Donelan. Eine verbesserte Spritze für intratracheale Behandlung. (An improved syringe for intratracheal medication.)** *Philadelphia Med. Journal. 7. Februar 1903.*

Eine Glasspritze mit Glasstempel, Asbestkolben und metallenem Daumenring.

EMIL MAYER.

130) **V. G. Thorpe** (Wei-Hai-Wei. China). **Intratracheale Injectionen. (Intratracheal injections.)** *British Medical Journal. 7. März 1903.*

Verf. hat intratracheale Injectionen in Verbindung mit der Freiluftbehandlung der Tuberculose angewendet. Er berichtet über mehrere durch diese Therapie günstig beeinflusste Fälle.

In einem Fall von Lungengangrän verschwand der Foetor. Verf. macht die Injectionen ohne Leitung des Kehlkopfspiegels, indem er während einer tiefen Inspiration des Kranken die hinter den Zungengrund gebrachte Spritze ihres Inhalts entleert. Er benutzt zur Injection gewöhnlich eine Lösung von Creolin in Glycerin.

JAMES DONELAN.

f. Schilddrüse.

131) **W. Bensen. Beitrag zur Kenntniss der Organveränderungen nach Schilddrüsenexstirpation beim Kaninchen.** *Virchow's Archiv. CLXX. 2. S. 229.*

An normalen Kaninchen, die mit Schilddrüsenextrakt gefüttert wurden, beobachtete B. Enteritis, Fettinfiltration in der Leber, colloide Körperchen in den Harnkanälchen. An thyreoidektomirten Kaninchen, die gewöhnliche Nahrung erhielten, traten auf colloide Körper und homogene Massen in den Harnkanälchen, Degeneration des Protoplasmas der Harncanälchenepithelien, Schwund der Kerne, kleinzellige Infiltration der Interstitien; in der Leber Degenerationsvorgänge von der Fettinfiltration bis zum Kernzerfall fortschreitend; im Herzmuskel Schwinden der Querstreifung, körniger Zerfall der Fibrillen. Aus diesen Befunden zieht B. den Schluss, dass nach Exstirpation der Schilddrüsen ein Gift im Körper gebildet oder zurückgehalten wird, was eine Degeneration der Protoplasmas (beobachtet an Niere, Leber, Herz) herbeiführt. Durch Darreichung von Schilddrüsenextract kann die Degeneration verhindert oder abgeschwächt werden. Thyreoidectomirte Kaninchen, die Schilddrüsenextract erhalten, zeigen nur geringe Veränderungen an den genannten Organen.

J. KATZENSTEIN.

132) **J. A. Anderson. Weitere Beiträge zur Kenntniss des Einflusses der Schilddrüsenbehandlung auf den Stickstoffwechsel in einem Falle von Myxoedem.** *Skandinavisches Archiv für Physiologie. Bd. XIV. 1., 2., 3. Heft. p. 224. 1903.*

Verf. berichtet nach den vorliegenden Untersuchungen von Mendel, Napier, Vermehren, Ewald, Magnus-Levy, Treupel, Schiff, dass die Thyreoidea-Medication bei Myxoedem-Kranken einen Zerfall des Körpereiweisses verursacht. Da die bisher gemachten Versuche kein definitives Urteil über die Frage gestatten, in wie weit diesem Eiweiszerfall durch hinreichende Zufuhr von Fett und Kohlehydraten vorgebeugt werden kann, so hat Verf. seine Versuche nach einer von Landergren kürzlich publicirten Methode, — der specifischen N-Hungermethode ausgeführt. Nach dieser Methode Landergren's setzt ein gesunder erwachsener Mann bei N-Hunger und bei Zufuhr genügender Menge Energie in Form von Fett und Kohlehydraten am vierten Tage nicht mehr als 3—4 g Stickstoff um. Mit dieser Methode kann man demnach den Effect von einem Medicament auf den

Stickstoffwechsel dadurch beurteilen, dass man eine Versuchsserie ohne eine andere Medication anordnet; zeigt sich bei der letzteren am vierten Tage eine Harnstickstoffmenge, die erheblich grösser ist als 4 g, dann ist auf eine Vermehrung der N-Ausscheidung zu schliessen, und diesem eventuell grösseren Eiweisszerfall kann man nicht mit Fett und Kohlehydraten vorbeugen.

Verf. bezeichnet als Resultat seines Versuches, dass die Thyreoidea-Medication bei seinem Patienten eine Vermehrung der Eiweisszersetzung ausgeübt hat, und dass dieser Vermehrung nicht durch mehr als hinreichende Kraftzufuhr in Form von Fett und Kohlehydraten vorzubeugen war.

Auf Grund dieses Versuches behauptet Verf., dass in der Gland. thyreoidea eine Substanz vorkommt, welche die Eigenschaft besitzt, einen steigernden Einfluss auf den Eiweissumsatz des Menschen auszuüben. J. KATZENSTEIN.

133) **Chamaillard. Basedow'sche Krankheit. (Maladie de Basedow.)** *Thèse de Paris. 1902.*

Verf. kommt zu folgenden Schlusssätzen:

Der Basedow'sche Symptomencomplex entspricht immer einem Reizzustand des Sympathicus und zwar kann dieser Reizzustand verschiedene Ursachen haben. Verf. unterscheidet:

a) Morbus Basedow rein nervösen Ursprungs (Erregungen);

b) Morbus Basedow, der auf dem Reflexwege und zwar von der Aorta aus entstanden ist.

c) Morbus Basedow entstanden auf dem Boden einer Infectionskrankheit. Je nach diesem verschiedenen Ursprung der Krankheit muss auch die Therapie verschieden sein.

Die Kranken können Hysterische sein, die als solche zu behandeln und zu heilen sind.

Bei der unter b) bezeichneten Klasse von Basedowkranken erweist sich die Jodtherapie als nützlich.

Am schwierigsten gelingt die Heilung der auf infectiöser Basis entstandenen Fälle.

Eine specifische Behandlung für den Morbus Basedow existirt nicht; Thyreoidin, Thymusextract, Belladonna, Strophantus beeinflussen jeden Fall verschieden, mehr oder minder günstig.

Das Gleiche gilt von der chirurgischen Behandlung: Thyreodectomie und Sympathicusresection dürfen nur vorgenommen werden, wenn sie den besonderen Indicationen des Falls entsprechen. PAUL RAUGÉ.

134) **E. Rixford. Operative Behandlung des Morbus Basedow. (Operative treatment of exophtalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 27. September 1902.*

Verf. berichtet über zwei von ihm behandelte Fälle; in beiden trat unmittelbar nach der Operation eine zeitweise Steigerung der nervösen Symptome auf, der dann aber eine allmälige Abnahme derselben folgte. In dem einen Falle entwickelte sich in dem zurückgebliebenen Theil der Schilddrüse eine Cyste, was ein Recidiviren des Morbus Basedow zur Folge hatte, so dass eine zweite Operation

erforderlich wurde. Beide Fälle sind als geheilt zu betrachten; der eine wird seit 2 Jahren, der andere seit 7 Monaten beobachtet. Die Operation wurde übrigens ohne Chloroform gemacht; es wurde nur etwas Cocain subcutan injicirt.

LEFFERTS.

135) **A. Kocher. Die operative Behandlung des Morbus Basedow. (The operative treatment of exophtalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 1. November 1902.*

Verf. giebt einen Bericht über 93 Fälle, die in der Zeit von 1883—1889 von seinem Vater, dem bekannten Chirurgen, behandelt wurden. Von diesen Fällen handelt es sich in 74 um reinen Morbus Basedow und 59 davon wurden operativ behandelt. Von diesen 59 operirten Fällen starben vier in den ersten 10 Tagen nach der Operation, in 39 anderen Fällen traten Athemerscheinungen auf, wie sie nach sonstigen chirurgischen Eingriffen nicht gewöhnlich zu sein pflegen. Viele der Symptome waren auf den Sympathicus zu beziehen, wie Tremor, Herzpalpitation und unregelmässige Action des Herzens, Schwitzen, Erbrechen und in einigen Fällen vorübergehende Zunahme der vor der Operation beobachteten Symptome. Bemerkt wurde ferner, dass bei allen 39 Fällen eine mehr oder minder protahirte Steigerung der Temperatur und der Herzaction auftrat. Verf. wird durch diese Umstände zu dem Glauben gebracht, dass manche Symptome beim Basedow darauf beruhen, dass infolge fehlender oder perverser Function der Schilddrüse toxische Substanzen in dem Kreislauf vorhanden sind und dass während der Operation eine besonders grosse Menge dieser Substanzen in das Blut gelangt. Was die Resultate der Operation anlangt, so wurden 45 Fälle geheilt und 8 andere erheblich gebessert.

Die Zahlen sprechen für die Ueberlegenheit der operativen über die medicamentöse Behandlung.

LEFFERTS.

136) **H. M. Beaver. Die Behandlung des Morbus Basedow mit Elektricität. (The treatment of exophtalmic goiter by electricity.)** *N. N. Medical Record. 8. November 1902.*

Das Hauptprincip der Behandlung soll darin bestehen, den Blutzufluss zum Gehirn abzuschwächen; Verf. betrachtet nämlich den Basedow als eine Paralyse der Vasomotoren. Er beschreibt drei Fälle, in denen er mit Elektricität gute Erfolge erzielt hat.

LEFFERTS.

137) **Charles Pott. Ein Fall von Morbus Basedow mit einigen ungewöhnlichen Erscheinungen. (A case of exophtalmic goitre presenting some unusual features.)** *N. Y. Medical Record. 29. November 1902.*

Das Ungewöhnliche an dem Fall ist: Es handelte sich um einen männlichen Patienten; es bestand ein Fussklonus, der mit dem Besserwerden des Morbus Basedow verschwand; es traten Anfälle von Bewusstlosigkeit auf und, als eine hyperplastische Rhinitis behandelt war, ging der Morbus Basedow erheblich zurück.

LEFFERTS.



138) **G. R. Murray. Morbus Basedow; klinische Geschichte und Symptome in 120 Fällen. (Exophtalmic goitre; clinical history and symptoms of one hundred and twenty cases.)** *N. Y. Medical Record. 6. December 1902.*

Verf. räth für die Behandlung des Morbus Basedow Elektricität und Bewegung in frischer Luft. Schilddrüsenpräparate verwirft er, dagegen giebt er Thymusextract und Nebennierenextract. Belladonna muss wochen- und monatelang gegeben werden, wenn man Erfolge erzielen will; doch sind diese überhaupt zweifelhaft. Die besten Resultate hat Verf. bei ein- bis zweimonatlicher Anwendung von Solutio Fowleri gesehen.

LEFFERTS.

139) **Raymond** (Paris). **Morbus Basedow beim Manne. (Goître exophtalmique chez l'homme.)** *Bulletin médical. 31. Januar 1903.*

Mittheilung eines Falles.

PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

140) **Zinsser. Ein Fall von spindelförmiger Erweiterung der Speiseröhre.** *Münch. med. Wochenschr. No. 52. 1902.*

Sectionsbefund eines Mannes, bei dem die Speiseröhre aus einem dickwandigen Sack in der Form einer Spindel mit dem grössten Breitendurchmesser von 10 cm bestand. Nach unten verläuft die Spindel mehr spitz, nach dem Rachen zu breit; ein klappenförmiger Mechanismus besteht nicht. Z. glaubt, dass der Cardiospasmus eine wichtige Rolle bei der Entstehung spielte.

SCHECH.

141) **H. Schlesinger. Oesophagusdivertikel.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 24. April 1903.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 18. 1903.*

Im Anschluss an ein Trauma entstanden: das Divertikel entspringt von der hinteren Wand. Oesophagoskopischer und radioskopischer Befund.

CHIARI.

142) **Joseph Mc. Farland** und **John M. Duan. Ein Fall von Divertikel der Speiseröhre mit Autopsie. (A case of diverticulum of the oesophagus with autopsy.)** *Medicina. Mai 1903.*

Die Punkte, die in dem mitgetheilten Falle besonderes Interesse erregen, sind: Das Vorhandensein eines Speiseröhrendivertikels, das zu Anfällen Anlass gab, die durch die Erscheinungen einer acuten Infection charakteristisch waren: in den Intervallen fühlte sich Patient bis auf das Regurgitiren der Nahrung wohl. Intra vitam bestanden alle Anzeichen für eine Magendilatation; bei der Autopsie fand sich ein kleines und contrahirtes Organ. Den Husten, an dem Patient gelitten hatten, erklärt Verf. durch Druck des Divertikels auf den Kehlkopf.

EMIL MAYER.

143) **Geo A. Peters. Ein Fall von spindelförmiger Dilatation des Oesophagus ohne wirkliche Stenose. (A case of fusiform dilatation of the oesophagus without intrinsic stenosis.)** *N. Y. Medical Record. 3. Mai 1903.*

Es handelte sich in dem mitgetheilten Fall um einen 45jährigen Mann. Seit 5 Jahren litt Patient an Regurgitiren der Speisen, ohne dass es zum eigentlichen

Erbrechen kam. Bisweilen bestand ein sehr lästiger Singultus; augenscheinlich spielten bei dem Fall spastische Vorgänge mit. Schliesslich wurde die Gastrotomie gemacht, zunächst mit befriedigendem Erfolge. Verf. hatte die Diagnose auf einen Sanduhr-Magen gestellt. Die Operation ergab, dass es sich nicht so verhielt, dass vielmehr ein sackförmiger Recessus über dem Zwerchfell vorhanden war. Pat. starb nach 8 Tagen an Erschöpfung. Die Section ergab, dass die Stenose extraoesophagealen Ursprungs war und darauf beruhte, dass die beiden hypertrophischen Schenkel des Zwerchfells die Speiseröhre zusammendrückten; möglich war, dass auch ein geringer Grad von Spasmus des Zwerchfells dabei mit im Spiele war.

LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) M. Hajek. Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. 2. verm. Aufl. Leipzig und Wien. 1903. Franz Deuticke.

Kaum 3 Jahre, nachdem die erste Auflage des Hajek'schen Werkes erschienen ist, ist eine neue Auflage nothwendig geworden: das Buch hat also die ihm allseits von einer berufenen Kritik gezollte Anerkennung gerechtfertigt und seine Feuerprobe bestanden, ja sogar vortrefflich bestanden, wenn man bedenkt, wie klein die Zahl derer ist, bei denen man das Bedürfniss, sich über „die entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase“ aus einem 238 Seiten starken Buche zu informiren, voraussetzen durfte.

Die Zahl der Abbildungen ist um 14 Nummern vermehrt, die an instructivem Werth hinter den alten schönen Zeichnungen nicht zurückstehen; der Text der neuen Auflage enthält 32 Druckseiten mehr als die früheren Ausgaben. Diese Vermehrung ist hauptsächlich bedingt durch die Schilderung einiger neueren Operationsverfahren, der Desault-Küster'schen und Luc-Caldwell'schen Methode für die Kieferhöhle, der osteoplastischen Methoden für die Stirnhöhlenempyeme u. s. w.

Ausserdem bringt die neue Auflage, was wir in der ersten Auflage vermissten, eine nähere Präcisirung der Frage, wann und unter welchen Verhältnissen überhaupt ein Kieferempyem operirt werden soll. Wir freuen uns, dass Hajek den extrem chirurgischen Standpunkt, dem immer noch von mancher Seite gehuldigt wird, ablehnt. Für das Stirnhöhlenempyem — und auch für das Keilbeinhöhlenempyem — hatte Hajek ja schon vor 3 Jahren eine ähnliche Zurückhaltung angerathen. Es nimmt uns aber einigermaassen Wunder, dass die Zahl der Fälle von Stirnhöhlenempyem, in denen Hajek ohne eine Eröffnung der Stirnhöhle von aussen her ausgekommen ist, sich in den letzten Jahren nicht vermehrt hat. Hier scheint uns eine Auseinandersetzung mit unserem Autor geboten. Er meint, man müsse in allen Fällen von Stirnhöhlenempyemen, wo trotz einer gehörigen Freilegung des Ductus nasofrontalis eine vermehrte Secretion fortbestehe, dem Patienten, auch wenn alle subjectiven Erscheinungen ge-

schwunden sind, zu einer radicalen Operation rathen, weil in diesen Fällen „offenbar tiefere Veränderungen in Schleimhaut und Knochen zu gewärtigen sind“ (S. 179). Dieser Passus ist wörtlich aus der ersten in die zweite Auflage übernommen, aber in der Form, in der er dasteht, ohne nähere Präcision, scheint es uns nicht statthaft. Selbst wenn man bei der radicalen Operation eines entscheidenden Erfolges sicher wäre, was ja leider durchaus nicht der Fall ist, dürfte man u. E. eine derartige immerhin sehr eingreifende Operation nur vornehmen, wenn das Leben oder lebenswichtige Organe ernstlich bedroht sind. Die blosse Vermuthung aber, dass die Schleimhaut oder die Knochen gröbere Veränderungen zeigen, scheint uns für diese Indication zur Radicaloperation nicht ausreichend. Auch umfangreiche und tiefgreifende Veränderungen der Schleimhaut in der Stirnhöhle bedingen u. E., sobald für einen genügenden und dauernden Abfluss gesorgt wird, keinerlei ernste Gefahr, hier ebenso wenig wie in der Keilbeinhöhle, wo man ja wohl oder übel ohne Radicaloperation auskommen muss und auch auskommt. Das Wichtigste und Entscheidende ist doch aber, dass auch der radicalste Eingriff eine ideale Heilung durchaus nicht sicherstellt, was ja Hajek selbst ohne Weiteres zugiebt. Zur Empfehlung einer Operation, die doch einen durchaus nicht zu unterschätzenden, ernsten Eingriff darstellt, bei der so viel Misserfolge so wenigen wirklichen Heilungen gegenüberstehen, da bedarf es m. E. einer noch genaueren, schärferen Indicationsstellung.

In der Ozaenafrage hat Hajek noch denselben Standpunkt inne, wie in der ersten Auflage seines Buches. Die Bedeutung der Durchleuchtung ist er geneigt. noch etwas weiter einzuschränken als früher.

Die Empfehlung, die die erste Auflage des Hajek'schen Buches allseits erfahren hat, dürfen wir getrost auch der zweiten Auflage mit auf den Weg geben.

A. Kuttner.

b) O. Chiari. **Die Krankheiten der oberen Luftwege.** I. Theil: **Die Krankheiten der Nase.** Leipzig und Wien. 1902. Franz Deuticke.

Wenn ein Mann, der länger als ein Menschenleben seinem Berufe gedient hat, zur Feder greift, um die Anschauungen, die er in dieser Zeit gewonnen, die Methoden, die er in dieser Zeit erprobt hat, dem Urtheil seiner Fachgenossen zu unterbreiten, so ist solch ein wissenschaftliches Bekenntniss, das Facit seines arbeitsreichen Lebens, in jedem Falle mit Respekt zu begrüssen. Wenn man dann noch von dem Autor weiss, dass er sich, wie Chiari, als Praktiker, als Lehrer und als wissenschaftlicher Arbeiter gleichermaassen bethätigt hat, dann darf man seinem Werke auch mit hohen Erwartungen entgegensehen. Wie entspricht das vorliegende Werk diesen Erwartungen?

Chiari wendet sich, wie er in der Vorrede sagt, an den Studenten und an den practischen Arzt, denen sein Buch die Möglichkeit geben soll, sich gut zu unterrichten. Damit war für ihn der Rahmen seiner Arbeit gegeben: er musste sich auf einer Linie halten, die zwischen dem kurz gefassten Leitfaden und dem umfassenden, grossen Sammelwerk die Mitte hält. Dieser Anforderung ist in geschickter Weise genügt worden. In 272 Seiten ist Alles, was sich auf die Anatomie, Physiologie und Pathologie der Nase bezieht, niedergelegt. Kein Punkt

von Wichtigkeit ist übersehen worden, die Diction ist überall klar und durchsichtig. Aber das ganze Werk, das sich mit Gründlichkeit in viele Einzelheiten vertieft, will und darf nicht nur so obenhin durchflogen werden, sonst erscheint es schwer verständlich und wenig übersichtlich; es muss, wenn es wirklichen Nutzen bringen soll, gelesen und durchgearbeitet werden.

Die Eintheilung des Stoffes folgt im Grossen und Ganzen dem üblichen Schema. Das Verständniss der Anatomie wird nur durch wenige, allerdings recht instructive Abbildungen unterstützt. Vielleicht ist dieses Kapitel für das Publikum, zu dem Chiari spricht, etwas zu ausführlich gerathen; ich fürchte, der practische Arzt und Student wird sich nur selten mit der Gründlichkeit in die Anatomie der Nasenhöhle vertiefen, die nothwendig ist, um aus dieser Abhandlung klare Bilder zu schöpfen. Die Secretion der Nase wird nach Schiefferdecker's, die Anatomie und Physiologie der Schwellkörper nach Zuckerkandl's Lehre dargestellt. Den nasogenen Reflexneurosen gegenüber verhält sich Chiari sehr skeptisch; viele Erscheinungen, die hierher gerechnet zu werden pflegen, führt er mehr auf mechanische Verlegung der Nase oder auf Fortpflanzung von Entzündungserscheinungen zurück. Vom Alpdrücken sagt er (pg. 34): „es ist nicht etwa immer eine Reflexneurose“ und pg. 46: „es ist durchaus nicht als eine Reflexneurose, sondern als eine Verstopfung der Nase anzusehen“; diese beiden Bemerkungen decken sich aber durchaus nicht. Die Anschauungen, die der Verf. bei dieser Gelegenheit über den Gasaustausch in den Lungen und über ihre Blutversorgung bei verstopfter Nase äussert (pg. 47), stehen mit der bisherigen, experimentell wohl begründeten Auffassung der hier in Betracht kommenden, physiologischen Verhältnisse in directem Widerspruch. Der Electrolyse widmet Chiari eine eingehende Beschreibung und gedenkt hierbei der Voltolini'schen Empfehlung dieser Methode. Aber Voltolini hat s. Z. hier mancherlei behauptet, was einer objectiven Prüfung nicht Stand hält. Der Ref. hält, wie er das schon im Jahre 1889 gethan hat, alle Versuche, die Elektrolyse zur Behandlung in den oberen Luftwegen heranzuziehen, für verlorene Liebesmühe. Mit einziger Ausnahme gewisser retronasaler Geschwülste giebt es in der Nase und im Rachen kaum eine, im Kehlkopf sicher keine Affection, bei der die Elektrolyse nicht durch andere therapeutische Maassnahmen übertroffen werden könnte. Bei der Aetiologie des Schnupfens neigt Verf. zur Annahme einer bacteriologischen Ursache, ohne sich aber hierfür mit positiver Gewissheit aussprechen zu können. Eine principielle Unterscheidung zwischen der Rhinitis vasomotoria und hypertrophica wird abgelehnt, weil beide Formen sich zu vergesellschaften pflegen. Die Ozaena fasst Chiari auf, als den Folgezustand secundärer schwerer Katarrhe, die sich nach ernsten Infectionskrankheiten ausbilden und bei einer vorhandenen Dyskrasie in eine atrophische Form umwandeln. Die Annahme, dass die Ozaena durch einen specifischen Mikroorganismus hervorgerufen werde, scheint ihm noch nicht genügend gesichert. Noch skeptischer steht er der Grünwald'schen Lehre von der Herdeiterung in ihrer ausschliesslichen Form gegenüber. Bei der Besprechung der Nasenlues vermisst man die Erwähnung der tertiären, vom Gumma wohl unterschiedenen Syphilome. Die Rhinitis fibrinosa hat nach Chiari mit dem Löffler'schen Diphtheriebacillus nichts zu thun. Die Aetiologie des Rhino-

skleroms scheint ihm noch nicht genügend geklärt. Er ist geneigt, einen specifischen Mikroorganismus anzunehmen, doch ist es noch unentschieden, welcher von den genannten Mikroorganismen hier in Frage kommt. Er hält es nicht für ausgeschlossen, dass Ozaena und Rhinosklerom in einem ätiologisch verwandtschaftlichem Verhältniss stehen. Bei der Darstellung der Nebenhöhleneiterungen würde es vielleicht gerade für den practischen Arzt von Wichtigkeit gewesen sein, mit besonderer Deutlichkeit darauf hinzuweisen, wie lange man von eingreifenden Operationen Abstand nehmen darf, und welche Symptome mit zwingender Nothwendigkeit einen radicalen Eingriff verlangen.

Die Hervorkehrung dieser einzelnen Punkte soll zeigen, welche Stellung Chiari den wesentlichsten Streitfragen gegenüber einnimmt. Da es sich aber, wie gesagt, hier um Dinge handelt, über die eine Einigkeit noch nicht erzielt ist, so wird, das liegt auf der Hand, nur ein Theil der Autoren mit seinen Anschauungen übereinstimmen. Aber auch die, die anderer Meinung sind, werden zugeben müssen, dass der Verfasser seine reiche Erfahrung gut ausgenützt hat und dass das ganze Buch von einem ernsten wissenschaftlichen Geiste getragen ist, der ihm eine hervorragende Stelle in der Reihe anderer Lehrbücher sichert.

A. Kuttner (Berlin).

c) Charles P. Grayson. **Abhandlung über die Krankheiten des Halses, der Nase und die begleitenden Affectionen des Ohres. (A treatise on the diseases of the throat, nose and the associated affections of the ear.)** Lea Brothers u. Co. Philadelphia und New York. 1902.

Verf. beschränkt sich, wie er in der Vorrede zu seinem Buch betont, auf die Darstellung der Methoden, die nach seiner Ansicht wirklich werthvoll und erprobt sind. Er stellt ferner die Behauptung auf, dass, da die Mehrzahl der Ohrenaffectionen secundärer Natur ist und von Erkrankungen der Nase und des Nasenrachens ausgeht, der Rhinologe die Prophylaxe der Ohrenerkrankungen in seiner Hand hat und diese eigentlich nur einen Anhang jener bilden. In dem Kapitel über Erkrankungen des Septums sagt er: „Die Unzahl von verschiedenartigen Deformitäten der Scheidewand kann eine entsprechende Unzahl verschiedenartiger Behandlungsarten erfordern, das vorherrschende Princip soll aber stets darauf beruhen, die zurückweichenden Knorpel völlig zu beseitigen.“ Verf. verzichtet daher darauf, die verschiedenen unter sich nur wenig abweichenden technischen Kunstgriffe aufzuzählen und ihren Werth zu erörtern, Kunstgriffe, von denen manche Fachgenossen mit einer kleinen Autoreneitelkeit gern als von „ihrer Operation“ sprechen. Er beschreibt eine Anzahl von Instrumenten, die eine verdächtige Aehnlichkeit mit denen als „Hajek'sche“ bekannten haben, unter ganz verschiedenen Namen.

Eine geringe Anzahl von Seiten ist den Nebenhöhlenerkrankungen gewidmet; hervorgehoben sei, dass Verf. die Eröffnung der Stirnhöhle mit der Trephine anräth, gewiss eine gefährliche Methode. Wir müssen auch gegen die Anwendung von Adrenalin im Nasenrachen bei Operation von adenoiden Vegetationen protestiren. Die klare und concise Art, mit der Verf. seinen Gegenstand behandelt hat, ist

anzuerkennen, ebenso die Ausstattung, die der Verlag dem Werk hat zu theil werden lassen. Emil Mayer.

---

d) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 5. December 1902.

Davidsohn stellt einen 53jährigen tabischen Patienten mit doppelseitiger Posticuslähmung vor. Seit 3 Wochen besteht Heiserkeit und Zunahme der schon länger dauernden Athembeschwerden. Laryngoskopischer Befund: Pachydermie, l. Stimmband fast unbeweglich in Adductionsstellung, das rechte macht noch eine beschränkte Abduction; sonstige Symptome: Gürtelgefühl, Potenzabnahme, rechte Pupille enger als die linke, Reaction links etwas träge, linkes Gaumensegel etwas paretisch, Patellarreflexe fehlen, Oppenheim'sches Symptom, Puls 94—102.

Flatau zeigt 1. einen aus einem Fläschchen mit Ballon bestehenden Pulverbläser mit metallenem Nasen- und Kehlkopfansatzrohr und 2. eine kleine elektrische Lampe zur Beleuchtung des Nasenrachens und der Höhlen.

Fränkel möchte für jeden Patienten einen eigenen Ansatz am Pulverbläser haben, da er gesehen, dass ein Arzt dreimal Diphtherie durch das Rohr derselben übertragen hat.

Scheier: Wenn das Pulver sich in einem Vorraum befindet, ist eine Dosirung nicht möglich.

Heymann hat ein dem Flatau'schen ähnlichen Pulvorbläser im Gebrauch, eine genauere Dosirung ist überhaupt nicht nöthig.

Flatau macht darauf aufmerksam, dass die Ansätze seines Pulverbläsers ausgekocht werden können.

Heymann zeigt 1. ein Präparat von Pharynxtuberculose, 2. eines höchstwahrscheinlich in der Nase selbst entstandenen kleinzelligen Sarkoms; der Patient war ca. 4 Jahre vorher an Nasenpolypen operirt worden.

Schötz demonstrirt ein auf seinen in der vorigen Sitzung gehaltenen Vortrag sich beziehendes Präparat von Pharynxtuberculose.

Reichert: Ueber antroskopische Operationen.

Sein neues Operationsantroskop unterscheidet sich von seinen früheren dadurch, dass die beiden das Prisma und die elektrische Lampe tragenden Röhren nicht hinter- sondern nebeneinander liegen und infolge ihrer Winkelstellung zu einander eine Rinne bilden, welcher zur Leitung bei der Einführung und zur Stütze bei der Handhabung des Operationsinstrumentes dient. Der Alveolenkanal, durch den das Instrument eingeführt wird, soll 8 mm Lumen haben. Die Operationsinstrumente sind silberne Sonden zum Aetzen und Drahtschlingenträger, von denen je 5 Formen nothwendig sind. Um das Heisswerden des Antroskops am vorderen Ende und dessen Folgen zu vermeiden, berühre man nicht mit demselben die Antrumschleimhaut und lasse das Instrument nicht zu lange in der Höhle, wodurch man gleichzeitig einer Trübung der freien Prismafläche oder des Deckglases der Lampe durch das Secret vorbeugt. R. berichtet dann über die Grösse

der durch die Bildperipherie begrenzten Fläche des Gegenstandes bei verschiedenen Entfernungen der Prismafläche von dem Object und erörtert die besonderen Schwierigkeiten des antroskopischen Operirens und bespricht eingehend das antroskopische Bild.

Die erwähnte Operationsmethode empfehle sich für die Fälle, in denen Geschwülste, Hyperplasien oder Geschwüre, eventuell auch Fremdkörper an von der Alveolenöffnung weiter abliegenden Stellen sich befinden, und hat ihm in 5 Fällen gute Dienste geleistet.

Die Discussion wird vertagt.

Sitzung vom 16. Januar 1903.

Claus demonstrirt ein Radiogramm vom Kopfe eines Mädchens, an dem er wegen Empyems der entsprechenden Höhlen den Sin. maxill. breit eröffnet, das Siebbein ausgeräumt und die Vorderwand der Keilbeinhöhle zum grösseren Theile abgetragen hatte. Man sieht die Sonde an der Hinterwand des Sin. sphenoid. liegen; die Entfernung der letzteren von der Spina nasal. ant. beträgt 9,5 cm.

P. Heymann zeigt das Präparat nach der Operation des in der vorigen Sitzung demonstrirten Falles von Sarkom der Nase, das aber seinen Ausgangspunkt an der Schädelbasis hatte; in der Highmorshöhle fand sich ein von der nasalen Seite ausgehender einfacher Polyp.

E. Meyer kritisirt an einem Falle aus der Loewe'schen Klinik, bei dem eine wesentliche Entstellung des Gesichts zurückgeblieben ist, die durch L. empfohlene Operationsmethode, die eine Combination des Verfahrens von Rouge zur Freilegung des Gesichtsskelettes mit der temporären Oberkieferresection nach Partsch darstellt, insbesondere aber die Indicationsbreite. Da die endonasalen Eingriffe in den in Frage kommenden Erkrankungen fast immer zum Ziele führen, die ausgedehnte Operation auch nicht immer radicale Heilung verspricht, das Ziel aber jedenfalls auf einem ungeeigneten und im Vergleich zur Erkrankung zu gefährlichen Wege und unter Aufopferung einer wichtigen Function der Nase erreicht wird, so hat die L.'sche Operation nur eine Berechtigung, wenn eine Indicatio vitalis vorliegt.

Alexander stellt einen Pat. aus Minsk mit Rhinosklerom vor. Brettharte Knoten am Naseneingange, übergehend auf den Nasenboden und auf Lippen und Wange, oberflächliche Ulcerationen auf der Höhe der Knoten, die unter Jodkali heilten. Nasenflügel bretthart infiltrirt; Gegend der Nasenbeine verbreitert. Nasenrachen, besonders die Hinterfläche des Velum mit zottigen, stark prominirenden Excrescenzen bedeckt; der weiche Gaumen stark infiltrirt und durch Schrumpfung der hinteren Rachenwand genähert. Der ganze harte und weiche Gaumen mit kleinen papillären Wucherungen bedeckt, zwischen denen oberflächliche Ulcerationen. Velum unbeweglich. Vordere Gaumenbögen intact, hinten starr infiltrirt. Linke stark hervorragende Hälfte der Zungentonsille zeigt grosse papilläre Excrescenzen; ebensolche von Haselnussgrösse im vorderen Theile der Zunge. Larynx frei.

Mikroskopische Untersuchung von Stückchen aus den Knoten: Starke Rund-



zelleninfiltration, erhebliche Wucherung des Oberflächenepithels, das sich netzförmig verästelnde Zapfen in die Tiefe sendet; keine Mikulicz'schen Zellen: aus den papillären Wucherungen des harten Gaumens liessen sich Frisch'sche Kapselbacillen in Reincultur züchten.

Gerber (Königsberg) spricht über einen Skleromherd in Ostpreussen, aus dem er vier Fälle bereits 1900 im X. Bande des Arch. f. Laryngol. mitgetheilt hat. Inzwischen haben sich die Beobachtungen um das Doppelte vermehrt und er kann heute über acht sichere und weitere 4 muthmaassliche Fälle von endogenem Sklerom in Ostpreussen berichten. Fast alle stammen aus den benachbarten Kreisen Lyck und Marggrabowa, die der russischen Grenze zunächst liegen. Es sind ausschliesslich Landleute im Alter von 16—25 Jahren. 3 Geschwister von drei referirten Fällen sollen an derselben Krankheit leiden. Demonstration eines mitgebrachten Falles: Normale äussere Nase, ihre Höhle vollkommen verschlossen durch dicke höckerige Granulationsmassen, die sowohl vom Septum wie von den Muscheln ausgehen; völlige Stenose der Choanen durch Verbreiterung des Vomer und Verdickung der Tubenäste, flache an Lues erinnernde Eruption am harten Gaumen; Larynxstenose durch eine secundäre trichterförmige Diaphragmabildung. Pat. ist vor $1^1/_2$ Jahren tracheotomirt.

Sitzung vom 13. Februar 1903.

Burkhardt zeigt das Präparat eines mit rechtsseitiger Recurrenslähmung erkrankt gewesenen und durch Suicidium geendeten Pat. Er litt an einem chronischen Lungencatarrh, zeigte Dämpfung im rechten Unterlappen und rechts neben dem Sternum; er erhielt, weil er Lues gehabt, Jodkali. Puls 80, bisweilen aussetzend, an beiden Radiales isochron. Bei der Section fand sich ein Aneurysma der r. art. anonyma, das den recurrens eingeschlossen hatte und ein zweites an der aorta descendens.

Landgraf stellt einen seit 6 Jahren an Laryngitis tubercul. leidenden Pat. mit linksseitiger Lungenspitzenaffection vor, der einen tuberculösen Granulationstumor in der Mitte der Unterlippe zeigt.

P. Heymann demonstrirt einen Pat. mit physiologischem Schiefstand der Glottis, bei dem durch Verschiebung des weit vorspringenden Pomum Adami man der Glottis alle Stellungen bis zur medianen und darüber hinaus geben kann.

E. Meyer 1. zeigt einen Pat., der ausser am Gesicht auch am Velum palat. rechts einen genau mit der Raphe abschneidenden naevus vasculosus aufweist.

2) einen Pat. mit symmetrischen grossen Löchern an beiden vorderen und hinteren Gaumenbögen, die nach einer angina necrotica scarlatinosa aufgetreten sind.

Flatau stellt 1. eine Patientin vor, die wegen einer Erkrankung des Tränennasencanals mit Dauersonden behandelt worden war; die zuletzt eingelegte Canüle war verschwunden. Pat. hatte starke Schmerzen in der Gegend des sin. maxill. und Eiterung aus der entsprechenden Nasenseite. Die aktinoskopische Untersuchung wies die Anwesenheit der Canüle in der Kieferhöhle nach.

2) Einen Fall von schwerer Oberkieferhöhleneiterung mit völliger Entblössung der lateralen Nasenwand, flächenhaftem Sequester an dem Orbitalboden und Defectbildung von dentalem und alveolärem Ursprung. Es wurde eine ausgedehnte Eröffnung von der facialen Wand mit Resection des Alveolarfortsatzes vom Caninus rückwärts verbunden vorgenommen und ein grosser zungenförmiger Lappen implantirt. In 12 Wochen völlige Bedeckung und Ausheilung ohne Prothese.

Hirschmann demonstriert sein neues modificirtes Endoskop zur Besichtigung der Oberkieferhöhle an einer Patientin, das nur einen Canal von $3^3/_4$ cm Weite beansprucht.

R. du Bois-Reymond und J. Katzenstein:

1) Weitere Beobachtungen über die Coordination der Athembewegungen.

In Verfolg ihrer in der Junisitzung 1901 gemachten Mitteilungen über diesen Gegenstand und mit Rücksicht auf die von Grossmann und Kreidl aus dem Exner'schen Laboratorium hervorgegangenen zu anderen Resultaten gelangenden Arbeiten haben d. B. R. und K. neuerdings Versuche angestellt, die ein mit ihren früheren Ergebnissen übereinstimmendes und die Wiener Resultate wiederlegendes Ergebnis zu Tage förderten. Ein Hund wurde in Narkose tracheotomirt und künstliche Athmung durch Einblasung eingeleitet; hierbei trat die „perverse" Athmung Grossmann's auf. Nun wurde der Luftschlauch entfernt und die Athmung durch Compression mit den Händen hervorgebracht; dabei fand sich umgekehrt beim Ausströmen der Luft Schluss, beim Einströmen Erweiterung der Stimmritze. Darauf wurde rechts der Vagusstamm unterhalb der Abgangsstelle des Recurrens, links der Halsvagus durchschnitten. Das linke Stimmband trat natürlich in Cadaverstellung, das rechte bewegte sich auf Einblasung nicht mehr, dagegen ging es bei Compression des Brustkorbes prompt in Medianstellung und auf Nachlassen des Drucks in Abductionsstellung. Man erhält also durch Zusammendrücken des Thorax einen Reiz für gleichsinnige Bewegung des Kehlkopfes, der nicht durch den Vagus verläuft.

2) Experimentelle Erzeugung dauernder Medianstellung der Stimmlippe.

Aus der Beobachtung, dass nach Durchschneidung des Vagus unterhalb der Abgangsstelle des Recurrens das entsprechende Stimmband eine Einschränkung der Ab- und Adduction erfährt, schlossen d. B. R. u. K., dass im Vagusstamm centripetale Reize für die Kehlkopfinnervation verlaufen, unter deren Einfluss die Athembewegungen der Stimmbänder ihren normalen Umfang zeigen.

Ist die Bewegung durch Ausschaltung der Erweiterer oder Verengerer schon vorher eingeschränkt, so ist zu erwarten, dass nach Durchschneidung des Vagus unterhalb des Recurrens dauernd Medianstellung oder Abductionsstellung eintritt.

Es wurde also der Crico-aryt. post. entfernt und dann der Vagus unterhalb des Recurrens durchschnitten. Dabei zuckte das entsprechende Stimmband zur Mittellinie und blieb nahe derselben stehen. Es erfolgten nur noch ganz unbe-

trächtliche Bewegungen des Stimmbandes, die vielleicht durch Contraction des M. thyreocricoid. hervorgerufen werden. Diese annähernde Medianstellung blieb bestehen, so lange die Tiere lebten (längste Beobachtungsdauer 1 Monat). Bei der Vornahme der beiden Operationen auf beiden Seiten traten beide Stimmbänder in die Nähe der Mittellinie.

Der Versuch ist so zu deuten: Nach Ausschaltung des Posticus steht das Stimmband in der sog. Posticuslähmungsstellung; bewegt sich bei der Inspiration und zwar bis über die Cadaverstellung hinaus; es müssen also nach Ausfall des Posticus accessorische Erweiterer thätig sein. Diese accessorischen Erweiterer werden angeregt durch das Athemcentrum, ebenso die Verengerer; daher die Bewegung der Stimmbänder nach Ausfall des Posticus. Die Anregung durch das Athemcentrum fällt nach Vagusschnitt grösstentheils fort; folglich werden die accessorischen Erweiterer kaum mehr innervirt. Daher erhalten die Verengerer nunmehr so grosses Uebergewicht, dass sich annähernde Medianstellung der Stimmbänder ergiebt.

Vorstehende Deutung wird mit Vorbehalt gegeben.

Die Vortragenden sind der Ansicht, dass die Deutung des 2. Stadiums der Recurrensparalyse im Sinn ihres Versuches zu ändern ist.

Grabower hat die Versuche der Vortragenden nachgemacht und constatirt, dass nach Eliminirung des Posticus die Posticusstellung eintritt und, wenn dann der Vagus unterhalb des Recurrens durchschnitten wird, das Stimmband zwar eine Annäherung zur Mittellinie macht, aber keine ausgesprochene Medianstellung einnimmt. Es existirt also wohl für die erweiternde Function ausser in den Posticusfasern noch ein anderer Weg in den sensiblen Bahnen des Vagus. Ob auch ein Einfluss seines unteren Gebietes auf die Adductoren existirt, ist nach G.'s Versuchen nicht der Fall.

Katzenstein: Das differirende Ergebniss Grabower's beruht auf einer anderen Versuchsanordnung; der m. thyreocricoid. hat nicht die ihm vielfach zugeschriebene Functionstüchtigkeit und hat mit dieser ganzen Frage nichts zu thun; er ist nur ein Spanner. Der M. lateral. ist mit dem post. zusammen ein accessorischer Erweiterer. A. Rosenberg.

---

e) VI. Congress der Italienischen Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie.

25.—27. October 1902.

Trifiletti (Neapel); Die periphere Innervation des Kehlkopfs.

Im ersten Theil seines Vortrages beschäftigt sich T. mit der Frage: Darf das klassische Schema für die Vertheilung der Kehlkopfnerven beibehalten werden? Er hat, so wenig wie die meisten anderen Autoren, sich der Exner'schen Lehre von der doppelten Innervation der Kehlkopfmuskeln und vom N. Laryngeus medius anschliessen können und ist der Meinung, dass, wenn auch durch Onodi's und Anderer Untersuchungen die ursprüngliche Luschka'sche Lehre vielleicht in einigen Details Modificationen erhalten haben

könne, ihr Grundgesetz unangefochten bleiben müsse, dass nämlich die inneren Kehlkopfmuskeln — mit Ausnahme des Crico-Thyroideus — vom Laryngeus inferior versorgt werden.

Bezüglich der Frage: Gehört der Recurrens dem Vagus oder Accessorius an? ist die Ansicht T.'s, dass, so lange eine Einigung über die von Onodi vorgeschlagene Trennung eines Accessorius vagi von einem Accessorius spinalis nicht erzielt werden kann, eine doppelte Innervation im Sinne Claude Bernard's vom Vagus und Accessorius nicht geleugnet werden kann und dass der Recurrens als motorischer Nerv auf den letzteren, den Accessorius, zurückzuführen ist.

Redner wandte sich nun zu der Frage: Führt der Recurrens centripetale Fasern? Er ist geneigt, sie, besonders auf Grund der Untersuchungen von Onodi, dahin zu beantworten, dass auf anastomotischem Wege dem Recurrens centripetale Fasern zugeführt werden; so lasse sich auch die Möglichkeit von reflectorischen Wirkungen auf den Larynx erklären.

In dem Schlussabsatz, der sich damit beschäftigt: Was bedeutet die pathologische Medianstellung der Stimmbänder? giebt T. einen Ueberblick über das mannigfache klinische und experimentelle Material, das zur Lösung dieser Frage herbeigezogen worden ist. Wenn er auch zugeben muss, dass die meisten Fälle für die Semon'sche Lehre sprechen, so scheint ihm bei einigen doch Manches auf eine primäre Contractur hinzuweisen. Das sei z. B. der Fall da, wo die pathologischen Verhältnisse nur eine Reizung des Recurrens und keinen noch so geringen Druck auf ihn folgern lassen, wie bei den Aneurysmen des Aortenbogens, wenigstens in dem ersten Stadium ihrer Entwicklung, bei manchen gutartigen Tumoren, ferner bei der sogenannten idiopathischen oder infectiösen Neuritis des Recurrens. Für eine Reizung sprächen auch manche gleichzeitig bestehenden Symptome spastischer Natur, so der spastische Husten, der Oesophagismus und vor Allem die Dyspnoe und Athembeklemmung der Aneurysmatiker, auch wenn keine wirkliche Stenose in Larynx oder Trachea vorhanden ist.

Massei (Neapel): Die Anästhesie des Vestibulum laryngis bei der Recurrenslähmung.

In den Fällen von Recurrenslähmung liess sich fast immer eine Anästhesie oder doch wenigstens eine Herabsetzung der Berührungsempfindlichkeit im Vestibulum laryngis constatiren, die stets doppelseitig ist, auch wenn die Lähmung nur einseitig ist. Er hält dies für ein Unterscheidungsmerkmal zwischen den myogenen und neurogenen Lähmungen in dem Sinne, als bei den ersteren die Sensibilität erhalten, bei den letzteren verloren ist.

Gradenijo (Turin): Ueber den Ictus laryngis.

De Carli (Rom): Die de Rossi'sche Methode für Kehlkopfplastik.

Isaria (Neapel): Fremdkörper im Larynx eines Erwachsenen.

Der Fremdkörper — ein Soldostück — war zwischen den Stimmlippen ein-



geklemmt und konnte mittels einer Luer'schen Pincette per vias naturales extrahirt werden.

Prota (Neapel): Die Anwendung des Elektromagneten zur Extraction von Fremdkörpern aus den Luftwegen.

Den günstigen Erfahrungen von Garel und Piéchaud stehen die ungünstigen des Redners gegenüber, der über zwei Fälle aus der Massei'schen Klinik berichtet, in denen die Extraction mittels des Elektromagneten nicht gelang und beide Patienten zu Grunde gingen. Er hat versucht, auch durch Versuche am Hunde festzustellen, in welchen Fällen man einen günstigen Erfolg der Methode erwarten kann. Er führte in die Trachea der Versuchsthiere verschiedenartige metallische Fremdkörper ein, suchte sie möglichst tief bis zu den Bronchien hinabzustossen, machte nach einigen Stunden die tiefe Tracheotomie und versuchte die Extraction mittels des Elektromagneten. Aber weder indem er die Spitze des Magneten der Wunde näherte, noch indem er an denselben Verlängerungen in Gestalt von eisernen Spiralen anbrachte und diese tief in die Bronchien hinabführte, gelang es, die Fremdkörper zu extrahiren. Aus seinen Versuchen ergab sich, dass nur, wenn der Fremdkörper ganz beweglich ist und der Magnet ihm sehr nahe gebracht werden kann, die Extraction gelingt.

Tommasi (Lucca): Intubation bei Ulceration der Regio cricoidea.

Zum Beweis dafür, dass die Intubation bei Ulcerationen der Regio cricoidea zufolge von Diphtherie unangebracht ist, bringt T. die Krankengeschichte eines 3jährigen Mädchens und behauptet, dass in all solchen Fällen nur die Tracheotomie am Platz sei.

Lunghini: Beitrag zur Prophylaxe des peritonsillären Abcesses.

Betont die Wichtigkeit der Eröffnung von Crypten im oberen Pol der Tonsille.

Mongardi: Beitrag zum Studium der Pharyngitis sicca bei Diabetes und Albuminurie.

M. führt die Thatsache, dass häufig bei Diabetes und im präalbuminurischen Stadium der Nierenschrumpfung die ersten Anzeichen für die Erkrankung sich an der Pharynxschleimhaut zeigen, auf drei Gruppen von Ursachen zurück: 1) Zurückgang der allgemeinen Ernährung, 2) Verminderung des Blutzuflusses (Arteriosclerose, Herabsetzung des Blutdruckes), 3) Ernährungsstörungen in Folge von anhaftenden Borken auf der Pharynxschleimhaut.

Bosio (Mailand): Seltener Fall von phagedänischem Ulcus des Rachendachs.

Die sehr tiefe und ausgedehnte Ulceration, die nicht specifischer Natur war, heilte unter einfacher localer Behandlung.

Rugani (Florenz): Die pneumo- und sphygmographischen Veränderungen beim Stottern.

Zwei Punkte werden erörtert: 1) Wie sich die Athmung bei den verschie-



denen Formen des Stotterns regelt, wobei besonders auf die Arbeiten von Gutzmann und Liebmann über dieses Thema Rücksicht genommen wird. 2) Das Verhalten des Pulses in solchen Formen des Stotterns.

Aus verschiedenen Pneumogrammen des Redners geht hervor, dass bei jeder Form des Stotterns schon vor dem Beginn des Redens die Atmung unregelmässig wird (Initialphase); auf dieses Stadium folgt ein solches prolongirter Inspiration und dann eine Reihe abnormer In- und Expirationen. In einigen Curven sind öfters dyspnoische Strecken, die mit kürzeren apnoischen abwechseln. Constant ist zu beobachten, dass die Inspiration gut von Statten geht, wogegen bei der Exspiration oft eine Reihe von Unterbrechungen stattfindet. Am Ende der Rede trifft man eine Reihe tieferer und weniger frequenter Athemzüge. (Respiratorische Compensationsphase.)

Aus den Sphygmogrammen geht hervor, dass die Form des Pulses niemals Abweichungen zeigt, und dass während der Rede die Frequenz gesteigert ist.

Calamida: Lipom des Kehlkopfs.

Der Fall betrifft einen 40jährigen Mann. Die Neubildung sass gestielt auf der linken aryepiglottischen Falte. Die Extraction des Tumors gelang per vias naturales.

Gradenigo (Turin): Wie kann die Ausübung unserer Specialität in der Praxis wirksam geregelt werden.

Die Schlusssätze G.'s werden einstimmig angenommen und an den Minister des öffentlichen Unterrichts eine Tagesordnung gesandt, in der empfohlen wird:

1) Dass der Unterricht in unserer Specialdisciplin nach neuen und rationellen Gesichtspunkten geregelt wird,

2) dass bei den Taubstummenanstalten ausser dem allgemeinen Arzt ein Otologe angestellt werde,

3) dass die Krankenhäuser gehalten sein sollen, eine Abtheilung für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke einzurichten.

Dionisio (Turin): Vorschlag zu einer neuen Behandlungsmethode der Ozaena.

S. hatte bereits in einer früheren Mittheilung davon berichtet, dass er vierzehn Ozaenakranke mit verschiedenen Lichtsorten behandelt hatte, indem er entweder das Licht mittelst geeigneter Linsen in die Nasenhöhle reflectirte oder kleine Lämpchen in diese einführte.

Nach 2—3 monatlicher Behandlung mit täglich 2 Sitzungen waren die Patienten von Foetor und Borkenbildung befreit. Die Heilung dauert in einigen Fällen bereits über 6 Monate an. Augenblicklich versucht D. die Wirkung von violetten Strahlen, die er mittelst hochgespannter elektrischer Ströme erhält. Er ist noch im Unklaren, ob die erzielten Resultate durch eine baktericide Wirkung des Lichtes oder durch einen stimulirenden Einfluss auf die Gewebe zu erklären sind.

Egidi (Rom): Die Nasenchirurgie bei den verschiedonen Formen von Stenose.

Redner befürwortet die Resection der Muscheln; er demonstrirt ein von ihm angegebenes Conchotom, das sich auch für die Cristen des Septums anwenden lässt.

Gavello (Turin): Ueber Nebenhöhlenerkrankungen und ihre Behandlung.

In der Aetiologie der Kieferhöhlenempyeme räumt G. der Zahncaries eine grosse Rolle ein: er giebt sie unter 21 Fällen 14 mal als sichere und 3 mal als wahrscheinliche Ursache an. Er giebt eine Schilderung der operativen Behandlung der Empyeme.

Poli (Genua): Intranasale Synechien und ihre Behandlung.

Redner macht zum Gegenstand seines Vortrags nur die membranösen Synechien zwischen unterer und mittlerer Muschel und den entsprechenden Theil des Septums. Verf. hat diese Membranen histologisch untersucht, indem er sie in frontaler Richtung in Serienschnitte zerlegt. Im Gegensatz zu Zuckerkandl fand er, dass diese Membranen Drüsen enthalten, deren Ausführungsgang frei auf der Oberfläche mündet.

Zur Zerstörung dieser Synechien schlägt P. folgende Methode vor: Nach vorheriger Cocainisirung wird mit einem ad hoc angegebenen Messer die Schleimhaut der Muschel hart am Knochen abgetrennt. In die so entstandene Lücke wird nun ein Ringmesser, wie es Carmalt Jones zur Abtragung der Septumleisten angegeben hat, eingeführt und parallel dem Septum an dieses angelegt und dann mit einem kräftigen und raschen Schnitt von hinten nach vorn der Theil der Septumschleimhaut und eventuell die Leiste, die oft die Basis für die Synechie bildet, abgetragen. Der so erhaltene Zwischenraum ist meist genügend, so dass keine Fremdkörper dazwischen gelegt zu werden brauchen.

Bosio (Mailand): Das Morcellement bei Rhinitis hypertrophicans.

B. demonstrirt eine Zange zum Morcellement hyperplastischer Muscheln. Er operirt nach vorheriger Anwendung von Cocain und Adrenalin.

D'Ajutolo (Bologna): Beitrag zur Casuistik und Therapie der Nasensarkome.

Unter 2500 Patienten hat D'A. 6 mal Nasensarkom gefunden; dreimal war der primäre Sitz die Nasenhöhle, einmal das Rachendach und einmal der hintere obere Theil der Fossa nasalis. Er empfiehlt eine möglichst radicale Operation per vias naturales, gefolgt von Application einer alkoholischen Carbolsäurelösung.

Derselbe: Ein Chondrom des knorpligen Septums bei einem 6jährigen Mädchen.

Della Vedova (Mailand): Ueber Rhinovaporisation.

Bei vielen Nasenaffectionen sind Ausspülungen und Pinselungen contrain-

dicirt; dagegen empfiehlt Redner die Einleitung von Dampf durch zwei Gummituben. Er demonstrirt einen geeigneten Apparat, aus dem der Dampf unter 1/2 bis 1 Athmosphärendruck strömt. Man bewirkt so eine Congestion der Nasen- und Nasenrachenschleimhaut.

Masini (Genua): Ueber Mund-Nasenathmung.

M. berichtet über eine Frau mit angeborenem Verschluss beider Nasenhöhlen, die keinerlei Beschwerden darbietet und bei der man eine erworbene Accomodation des Organismus an die ausschliessliche Mundathmung annehmen muss.

D'Ajutolo: Ein wenig bekanntes Symptom des acuten Highmorshöhlenempyems in Folge von Influenza.

Er hat in solchen Fällen das von Hajek beschriebene Symptom constatiren können: Röthung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Schleimhaut des Vestibulum oris auf der entsprechenden Seite. Man darf dieses Symptom nicht verwechseln mit einem gewissen Grad von Röthung, der sich bisweilen beiderseitig an dieser Stelle findet und der Ausdruck einer Hyperämie ex vacuo in Folge der Luftaspiration in die Mundhöhle ist.

Derselbe: Der Gebrauch von reiner Carbolsäure und concentrirten alkoholischen Lösungen derselben.

Folgende Formel wird empfohlen:

Rp. Acid. carbol. puri
Alcohol absolut. ana 100,0
Menthol 10,0.

D'A. gebrauchte diese Mischung bei verschiedenen Affectionen des Mundes und des Rachens, bei Tonsillitis lacunaris, nachdem der Inhalt der Crypten ausgedrückt worden ist, bei Ekzem und Furunkulose der Nase. Nach Exstirpation maligner Nasentumoren wird die Lösung in Form von Pinselungen angewandt.

(Nach einem Referat im Archivio Ital. di Otologia von Prof. Gradenigo.)

Finder.

III. Briefkasten.

Die Rhino-Laryngologie und der nächste internationale medicinische Congress.

Nach den immer wiederholten Versuchen, die Rhino-Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen in eine untergeordnete Stellung herabzudrücken und sie mit der Otologie, entgegen den ausdrücklichen Kundgebungen der grossen Majorität der Betheiligten bei diesen Gelegenheiten, zu verschmelzen, erscheint es wünschenswerth, schon jetzt unsere portugiesischen Specialcollegen an die betreffenden Resolutionen der meisten Specialgesellschaften der Welt und der laryngologischen und otologischen Sectionen des Pariser Congresses zu erinnern, und sie zu ersuchen, mit allen Kräften für die Verwirklichung dieser Beschlüsse bei Gelegenheit des Lissaboner Congresses einzutreten.

Der Herausgeber des Centralblatts.

Druck von L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIX. **Berlin, October.** **1903. No. 10.**

I. Referate.

a. Aeusserer Hals, obere Luftwege.

1) **Leonard Freman. Die Behandlung der Halsdrüsentuberculose. (The treatment of tuberculous glands of the neck.)** *N. Y. Medical Record. 13. December 1902.*

Bei der Behandlung der nach Meinung F.'s in ihrer Bedeutung gewöhnlich unterschätzten Halsdrüsentuberculose muss der allgemein-hygienischen Behandlung eine grosse Rolle eingeräumt werden. Dem Aufenthalt an der See ist trockenes Höhenklima mit viel Sonnenschein vorzuziehen. Für die locale Behandlung ist von der grössten Bedeutung die Beachtung möglicherweise vorhandener Infectionsquellen, wie erkrankte Zähne, Affectionen der Tonsillen, der Nase, des Ohrs etc. Gründliche und frühzeitige Operation ist stets indicirt; eine gleichzeitig bestehende Lungenerkrankung spricht nicht dagegen. Curettage ist nur bei sinuösen Hautulcerationen angebracht, sowie dann, wenn eine radicale Operation zu riskirt erscheint. Zur Nachkur nach der Operation empfiehlt sich der Aufenthalt in Höhenluft.

LEFFERTS.

2) **C. E. Geofield. Ein Fall von Tuberculose der Cervicaldrüsen mit Ausgang in Eiterung und Absonderung derselben nach innen durch den Pharynx und nach aussen durch eine künstliche Oeffnung. (A case of tuberculosis of the cervical glands followed by suppuration with discharge internally through the pharynx and externally by an artificial opening.)** *Broklyn Medical Journal. Februar 1903.*

Der Titel enthält die Beschreibung des Falles.

EMIL MAYER.

3) **Thomas S. Southworth. Acute eitrige Halsdrüsenentzündung der Kinder. (Acute suppurative cervical adenitis of infancy.)** *Journal American Medical Association. 30. Mai 1903.*

Verf. ist der Ansicht, dass zwischen der eiterigen Entzündung der Drüsen am Unterkieferwinkel und entzündlichen Affectionen des Nasenrachens die engsten Beziehungen bestehen. Er richtet daher in jedem Fall, in dem jene Drüsen anzu-



schwellen beginnen, seine Therapie zunächst auf den Nasenrachenraum und sucht durch antiseptische Ausspülungen desselben von der Nase aus sowie durch innerliche Darreichung von Chlorkali die Resorption septischen Materials von seiten seiner Schleimhaut zu verhindern und so die Entzündung der Unterkieferwinkeldrüsen zu coupiren. Diese Abortivbehandlung der Drüsenentzündung hat sich besonders bei Kindern über ein Jahr bewährt; je jünger das Kind ist, desto grösser ist die Neigung zur Vereiterung.

EMIL MAYER.

4) **Ehrmann. Gummaknoten am Halse.** (Wiener dermat. Gesellsch., 29. Januar 1902.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 33. 1902.*

Ein grosser Tumor sass einer Schildknorpelplatte auf und machte die Schlingbewegungen mit. — Auf Jodkali ging derselbe auf ein Drittel zurück.

CHIARI-HANSZEL.

5) **Plattner. Schnittverletzung am Halse.** (Wissenschaftl. Aerztegesellschaft in Innsbruck, 9. Mai 1903.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 40. 1902.*

Der Schnitt, mit einem Glassplitter ausgeführt, durchtrennte die Vena jugularis externa, den Uebergangstheil des linken Schilddrüsenlappens in den Mittellappen und eröffnete die Trachea in einem 2 cm langen Schrägschnitte. — Primäre Trachealnaht mit Catgut. — Vollkommene Heilung ohne Stenosirung der Luftröhre.

CHIARI-HANSZEL.

6) **Ranzi** (Wien). **Zur Casuistik der Halsrippen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 10. 1903.*

Vorführung zweier Fälle von Halsrippen, die ausschliesslich nervöse Erscheinungen: Paraesthesien, Kältegefühl im Arme, Abnahme der Kraft und Atrophien verursachten.

CHIARI-HANSZEL.

7) **Maroy Marcel. Beitrag zur Lehre von der Thymus. (Contribution à l'étude du thymus.)** *Thèse. Lyon. 1903.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

8) **A. Pensa. Beobachtungen betreffs einer Besonderheit in der Structur der Thymusdrüse. (Osservazioni a proposito di una particularità di struttura del timo.)** *Nota prev. 1 Taf. Rendic. Istit. Lomb. Sc. e Lett. Ser. 2. Vol. 35. Fasc. 16. p. 799—812.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

9) **J. P. Crozer Griffith. Plötzlicher Tod im frühen Lebensalter mit besonderer Berücksichtigung des sogenannten Thymustodes. (Sudden death in early life, with especial reference to the socalled thymus death.)** *American Medicine. 20. Juni 1903.*

In seltenen Fällen kann bei Neugeborenen plötzlicher Tod infolge von Coryza eintreten, in dem infolge der forcirten Bemühung, durch den Mund zu athmen, die untere Fläche der Zunge und ihre Spitze gegen den harten Gaumen gepresst werden und so der Luft der Eintritt versperrt wird. Ebenso kann bei ganz kleinen Kindern plötzlicher Tod infolge von Keuchhusten eintreten. Eine nur sehr geringe

Rolle spielen die Todesfälle infolge von Erstickung durch eine im selben Bett schlafende Person. Bei rachitischen Kindern tritt oft plötzlicher Tod infolge von Larygospasmus ein, noch häufiger scheint dieser nur die Todesursache zu sein und es handelt sich in Wirklichkeit um eine Synkope. EMIL MAYER.

10) **Kate W. Baldwin. Die Zähne als Ursache für krankhafte Zustände in Hals, Nase und Ohr. (The teeth as a cause of pathologic conditions in the throat, nose and ear.)** *Journal American Medical Association. 31. Januar 1903.*

Ausgehend von einem durch sie beobachteten Fall von Empyem der Highmorshöhle dentalen Ursprungs, bespricht Verf. die krankhaften Zustände in den oberen Luftwegen, die auf die Zähne zurückzuführen sind, so die Tonsillitis und Peritonsillitis, die bei erschwerter Dentition, besonders beim Ausbruch der Weisheitszähne, beobachtet wird, und mahnt daran, dass jeder cariöse Zahn unter Umständen durch die in ihm vegetirenden Bakterien zur Quelle einer Eiterung in den oberen Luftwegen werden kann. EMIL MAYER.

11) **Robert H. Woods. Ueber einige entfernte Wirkungen von Zaknerkrankungen. (On some remote effects of dental disease.)** *Dublin Journal of Med. Science. Februar 1903.*

In dieser höchst interessanten Abhandlung wendet sich der Verf. gegen die Unterschätzung der Zahnerkrankungen in ihrer Bedeutung für Nase, Hals und Ohr. Den Nachweis des Zusammenhangs zwischen Zahncaries und eitrigen Halsdrüsenentzündung stellt er als etwas gänzlich Neues dar und scheint die diesbezüglichen Untersuchungen Zuckerkandl's nicht zu kennen. Verf. findet Zahncaries stets begleitet von Mycosis der Tonsillen und glaubt, dass jene die ständige Ursache dieser sei. Ebenso hält er die meisten Antrumempyeme für dentalen Ursprungs.

JAMES DONELAN.

12) **Weber** (Würzburg). **Beiträge zur Syphilis der Lippen, der Zunge und des Kehlkopfes.** *Dissert. Würzburg 1902.*

Die unter Leitung von Borst ausgeführten histologischen Untersuchungen beziehen sich auf einen Fall von Kehlkopfsyphilis, welchem eine Anzahl von derben Wucherungen intra vitam (von Seifert) entnommen worden waren, auf einen Fall von Lippensyphilis, sowie auf einen Fall von Syphilis der Zunge. In dem letzteren handelte es sich um einen kleinen kugeligen Tumor, der hinter dem freien Rande der Zungenspitze seinen Sitz hatte. SEIFERT.

13) **W. F. Chappell. Die Frühsymptome, Diagnose und Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege. (The early apparcnees, diagnosis and treatment of tuberculosis of the upper-air tract.)** *Journal of the American Medical Association. 21. Februar 1903.*

Verf. bespricht die Formen der Infiltration, hartnäckiger Hyperämie und Verdickungen — besonders an der Hinterwand —, unter denen man die ersten Anzeichen einer Larynxtuberculose zu vermuthen hat. EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **Adolph Bronner. Einige Worte über Kopfschmerzen nasalen Ursprungs. (A few words on headaches of nasal origin.)** *Lancet. 7. December 1901.*

In allen Fällen von Kopfschmerzen, in welchen irgend welche gleichzeitigen Symptome von Seiten der Nase bestehen, eine Verstopfung, Ausfluss etc., soll eine sorgfältige Nasenuntersuchung gemacht und falls es nothwendig befunden, eine Behandlung der Nase eingeleitet werden. Auf diese Weise könnten eine grosse Anzahl von Fällen sogenannter „nervöser“ Kopfschmerzen zur Heilung gebracht werden. Die gewöhnlichste nasale Ursache für Kopfschmerzen ist die Rhinitis hyperplastica. Man muss sich gegenwärtig halten, dass Stirnkopfschmerz bei Empyem des Antrum sehr häufig ist, ohne dass auch nur im Entferntesten an eine Mitbetheiligung der Stirnhöhle zu denken ist. Das Stirnhöhlenempyem ist von heftigen localen Schmerzen begleitet, die intermittirenden Charakter haben und bei plötzlichen Bewegungen sehr exacerbiren. Bei Siebbeinempyem sind oft Schmerzen des Nasenrückens vorhanden. Bei Keilbeinempyem werden die Schmerzen meist in der Mitte des Kopfes localisirt und sind von Photophobie und Unfähigkeit zur Arbeit begleitet. Es werden mehrere Fälle mitgetheilt.

AUTOREFERAT.

15) **Magunna. Ueber Meningitis infolge von Infection von der Nase aus. (De la voie d'infection nasale de la méningite.)** *Thèse de doctorat. Bordeaux 1901.*

Verf. unterscheidet 5 Wege, auf denen von der Nase aus eine Infection der Meningen erfolgen kann: 1. Den directen Weg nach Zerstörung des knöchernen Daches. 2. Thrombose des Sinus cavernosus. 3. Den Lymphweg. 4. Embolie der Venen der mittleren Muschel. 5. Den indirecten Weg durch Nasenrachen, Tuba Eustachii und Mittelohr. Er führt für jede dieser Möglichkeiten Beispiele an.

E. J. MOURE.

16) **Struppler. Zur Kenntniss der rhinogenen purulenten Meningitis und Cerebrospinalmeningitis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 45. 1902.*

Nach Erwähnung der bisher mitgetheilten Fälle berichtet Struppler über 3 neue auf der I. medicinischen Klinik zu München beobachtete Fälle, bei denen es sich um Meningitis bei latent gebliebener Kieferhöhleneiterung und einmal wahrscheinlich um otogene Meningitis handelt.

SCHECH.

17) **T. Zalewski. Ein Fall von periencephalitischem Abscess nasalen Ursprungs. (Przypadek ropnia okotomózgove go pochodzenia nosovego.)** *Przeg. Lek. No. 51. 1902.*

Eine 56jährige Frau zeigte einen fistulösen Gang in der linken Stirngegend, welcher seit einigen Wochen bestand in Folge von Incision einer in dieser Gegend sich allmälig entwickelnden Verhärtung. Die Sonde stiess in der Tiefe eines Centimeters in der Richtung nach unten und innen auf nicht entblössten Knochen (Os frontale). In der Nase wurde im linken mittleren Nasengange ein ziemlich grosser Polyp entdeckt. Da man eine Eiterung in dem Frontalsinus vermuthete, so wurde

bei der Kranken unter Narkose der Fistelgang erweitert und das Knochengewebe ausgemeisselt. Es zeigte sich dabei, dass die im Sinus frontalis eingeführte Sonde weiter penetrirte bis zum Ethmoidalknochen, aus welcher Gegend eitrige Flüssigkeit herauskam. Die Dura war ulcerirt und der Eiter befand sich beiderseits. Das Os ethmoidale war nicht verändert. Nach 6wöchentlicher Behandlung vernarbte die Wunde und die Kranke genas. A. v. SOKOLOWSKI.

18) **Robert Sattler. Symptome von Seiten des Auges bei intranasaler Erkrankung. (The ocular expression in intranasal lesions.)** *Journal American Medical Association. 18. Mai 1901.*

Zwei Arten von intranasalen Affectionen kommen besonders als für das Auge von Bedeutung in Betracht. Die erste Gruppe umfasst gewisse chronische Erkrankungen, die am vorderen Theil des mittleren Nasengangs localisirt sind, an den vorderen Siebbeinzellen, der Bursa, dem Hiatus semilunaris. Bei der zweiten Gruppe handelt es sich stets um einen Eiterherd in der Nase, am häufigsten in der Kieferhöhle. EMIL MAYER.

19) **Brandés** und **René de Greift** (Antwerpen). **Notiz über einen Fall von Neuritis optica unilateralis infolge einer Nasenaffection: Ethmoiditis und Sinusitis maxillaris. (Note sur un cas de névrite optique unilatérale suite d'affection nasale.)** *Annales et Bulletin de la Soc. de Méd. d'Anvers. Februar und März 1902.*

41jährige Frau, früher syphilitisch inficirt, präsentirt sich mit tertiären Läsionen des linken Siebbeins und Oberkiefers. Der linke Augapfel ist etwas nach aussen deviirt und in seinen Bewegungen gehemmt und zwar seitens der vom Oculomotorius versorgten Muskeln. Der innere Augenwinkel stark geröthet, geschwollen und auf Druck schmerzhaft. Ophthalmoskopisch constatirt man eine secundäre Neuritis optica; die Papille ist geschwollen und nur noch Lichtperception vorhanden. Rechtes Auge intact.

Operation: Eröffnung und Auskratzen des Sin. maxill.; der infiltrirte und erweichte Knochen wird bis in die Orbita hinein curettirt. Sodann wird behufs Entfernung des Siebbeins mit Schonung des Thränensackes eine Incision am inneren Augenwinkel vorgenommen und bis tief in die Orbita vorgedrungen, und alles kranke mit einer grossen Curette entfernt, ebenso die Ethmoidalzellen und die mittlere Muschel. Jodoformgazeverband, der durch die Nase entfernt wird. Sutur der Wunde. Rasche Heilung. BAYER.

20) **L. C. Bachaud. Ueber Iritis nasalen Ursprungs. (De l'iritis d'origine nasale.)** *Le Bulletin médical de Québec. Februar 1903.*

Auf den nasalen Ursprung der Iritis wird hingeleitet durch das Fehlen der causalen Momente, die erfahrungsgemäss sonst für ihr Entstehen in Frage kommen, durch das zeitliche Zusammenfallen ihres Auftretens mit einer entzündlichen Affection in der Nase, durch den Erfolg einer nasalen Therapie. Ausser dieser müssen noch symptomatische Massregeln getroffen werden, nämlich die Augenschmerzen gemildert und das Entstehen von Verwachsungen im Auge vermieden werden.

EMIL MAYER.

21) **Grunert. Ein Fall von rhinogener Pyämie mit Ausgang in Heilung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 14. 1903.*

Grunert meint, dass mancher Kranke mit centralen Complicationen rhinogenen Ursprungs gerettet worden wäre, wenn man zielbewusster chirurgisch vorgegangen wäre; auch könne man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass in der Rhinologie neben einer nicht unbedenklichen endonasalen Polypragmasie die Therapie oft an grosser Zaghaftigkeit kranke, wo energisches Eingreifen am Platze wäre.

In dem mitgetheilten Falle handelte es sich wahrscheinlich um Hirnsinusthrombose nach Eröffnung eines Stirnhöhlensiebbeinkieferempyems. SCHECH.

22) **Leroux** und **Besson. Nasenprothese. (Prothèse nasale.)** *Société de Pédiatrie. 12. November 1901.*

Anwendung der Gersuny'schen Methode bei einem 8jährigen Mädchen, das infolge von hereditärer Syphilis eine sehr entstellende Deformität der Nase aufwies.

Es wurde nach vorheriger subcutaner Cocaininjection $1^1/_2$ ccm flüssigen weissen Vaselins in das Unterhautzellgewebe gespritzt. Nach 14 Tagen wurde eine zweite Injection gemacht. Das Resultat war sehr zufriedenstellend.

PAUL RAUGÉ.

23) **Chas. W. Knight. Neue Fortschritte in der Laryngologie. (Recent advances in laryngology.)** *N. Y. Medical News. 5. Juli 1902.*

Handelt vornehmlich von den Paraffinprothesen. Die Erfahrungen des Vf.'s über die Anwendung bei syphilitischen Sattelnasen sind nicht ermuthigend: er macht auf die Gefahren der Methode aufmerksam. In einem Falle von Atrophie der unteren Muschel wurde mit gutem Resultat die Bildung einer Muschel durch Paraffininjectionen versucht. LEFFERTS.

24) **F. T. Quinlan. Paraffininjectionen für Nasen- und sonstige Gesichtsdeformitäten mit Angabe eines neuen Instruments. (Paraffin injections for nasal and other facial deformities with exhibition of a new instrument.)** *Laryngoscope. August 1902.*

Verf. ist durch 14monatliche Erfahrungen ein begeisterter Anhänger der Paraffinmethode geworden. Er setzt die Grenzen für ihre Indication ungemein weit, indem er sagt, dass diese mit den Grenzen der Chirurgie überhaupt zusammenfallen. EMIL MAYER.

25) **G. Grimmer. Subcutane Injectionen von Paraffin zur Correction von Deformitäten der Nase. (Subcutaneous injections for correcting deformities of the nose.)** *N. Y. Medical Record. 27. September 1902.*

Das Paraffin wird zunächst sterilisirt, indem es hohen Temperaturen unterworfen wird; die inneren Augenwinkel müssen während der Injection von einem Assistenten durch Compression mit dem Finger geschützt werden. Nach der Injection wird auf die Einstichstelle Collodium applicirt und kalte Compressen gemacht. Verf. hat zwei Patienten derart mit Erfolg behandelt. LEFFERTS.

26) **Walker Downie. Subcutane Paraffininjectionen zur Beseitigung von Nasendeformitäten. (Subcutaneous injection of Paraffin for the removal of deformities of the nose.)** *Glasgow Med. Journal. October 1902.*

Zwei Fälle mit gutem Resultat nach Injection von Paraffin von 40⁰ C. Schmelzpunkt.

LOGAN TURNER.

27) **Leonard Freeman. Subcutane Paraffininjection bei Sattelnase. (Subcutaneous injections of paraffin in saddle-nose.)** *Quenver Medical Times. October 1902.*

Bericht über Fälle mit befriedigendem Resultat.

EMIL MAYER.

28) **Gibb Wisbart. Bildung der Nase mit Paraffin. (Nose building with paraffin.)** *Canadian Practitioner and Review. November 1902.*

W. räth zum Gebrauch einer Mischung von Paraffin und Vaselin, die bei einer Temperatur von 44⁰ C. schmilzt.

EMIL MAYER.

29) **Francis Alter. Eine Modification der Gersuny'schen Methode der Paraffininjectionen bei sogenannter Sattelnase. (A modification of Gersuny's method of paraffin injections in socalled saddle-nose.)** *American Medicine. 22. November 1902.*

Das unter die Haut der Nase gespritzte Paraffin beeinträchtigt rein mechanisch durch Compression die Wirkung der Muskeln, die dem Angesaugtwerden der Nasenflügel durch die Inspirationsluft entgegenwirken. Es sind dies die M. dilatatores nasi posterior und anterior und der M. triangularis sowie einige Fasern der M. levator alae nasi labiique superioris. Wird auf die oben bezeichnete Weise die Wirkung dieser Muskeln aufgehoben, so ist die Folge Nasenverstopfung infolge von Angesaugtwerden der Nasenflügel. Diesem Umstand ist bei jeder Paraffininjection Rechnung zu tragen und Verf. glaubt, dass man dies am besten thun kann, indem man während der Injection durch einen Assistenten die Nasenflügel in der Weise comprimiren lässt, dass er in jedes Nasenloch einen Daumen steckt und von aussen mit dem Zeigefinger gegendrückt; dieser Druck muss ausgeübt werden bis die Nase geformt worden ist.

EMIL MAYER.

30) **Stephan Paget. 25 Fälle von eingesunkenen Nasen mit subcutanen Paraffininjectionen behandelt. (25 cases of sunken noses treated by subcutaneous injection of paraffin.)** *Transact. Clinical Society of London. 1902. Lancet. 20. December 1902.*

P. hat am besten für die Prothesenbildung ein Paraffin von ca. 44⁰ Schmelzpunkt gefunden. Eine Eckstein'sche Spritze mit kurzer und starker Stahlkanüle scheint ihm das geeignetste Instrument. Da das Paraffin, und das harte Paraffin ganz besonders, nach der Injection durch Schrumpfung etwas an seinem Volumem verliert, so legt P. Gewicht darauf, dass ungefähr eine Woche nach der ersten Injection unter Cocain-Anaesthesie noch eine kleine Quantität Paraffin nachgespritzt wird.

Die Ablösung des Gewebes von der Unterlage mittelst eines Tenotoms hält er nur für zulässig, wenn es sich um eine adhärente Narbe handelt. P. hat im

Ganzen 25 Patienten — 8 Kinder und 17 Erwachsene — operirt und obwohl die Resultate nicht bei allen gleich waren, so liess sich doch stets eine erhebliche Besserung constatiren und niemals ereignete sich irgend welcher unangenehme Zwischenfall.

Spicer berichtet über einen Fall, in dem nach Injection von vierziggradigem Paraffin etwas von der Injectionsmasse in die Augenlider eindrang. Stücke des Augenlids, die exstirpirt wurden, zeigten sich bei der Untersuchung umgewandelt in festes fibröses Gewebe, in das Paraffinschollen eingeschlossen waren. Seitdem bedient er sich eines Paraffins von 58° C.; er hat von der Anwendung so hoher Wärmegrade keine nachtheiligen Folgen gesehen.

E. B. WAGGETT.

31) **Leiser** (Hamburg). **Paraffinprothese einer traumatischen Sattelnase. Amaurose des einen Auges.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 14. Vereinbeil. 1902.*

Vortr. führt die Amaurose auf eine Thrombose der Vena ophthalmica zurück, in die sich die Vena dorsalis nasi ergiesst. Daraus erhelle die grosse Gefährlichkeit der zur Aufrichtung von eingesunkenen Nasen verwandten Paraffininjectionen.

ZARNIKO.

32) **Eckstein** (Berlin). **Ueber subcutane und submucöse Hartparaffinprothesen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 32. 1902.*

E. empfiehlt zur Injection ein erst bei 57—60° C. schmelzendes Paraffin für plastische Zwecke und schildert die Anwendung und Ausführung der Injection. Fälle von aufgerichteten Sattelnasen (7), einer Depression der Wangengegend nach Resectio maxillae sup., Gaumenspalten (7), syphilitischem Gaumendefect, Wolfsrachen zum Theil durch Abbildungen erläutert.

ZARNIKO.

33) **L. Moszkowicz** (Wien). **Ueber subcutane Paraffinprothesen.** *Klin.-therap. Wochenschr. No. 43. 1902.*

Zusammenfassende Darstellung der verschiedenen Indicationen, u. a. Sattelnase, atrophische Rhinitis, narbige Einziehungen, Gaumendefecte. M. hat in der grossen Reihe seiner Fälle stets bei 36—40° schmelzendes Paraffin verwandt und beobachtete niemals Resorption. Er empfiehlt, um Embolien zu vermeiden, zuerst Schleich'sche Lösung zu injiciren, dann zu aspiriren. Wenn kein Blut austritt, ist die Nadel gewiss nicht in eine Vene eingestochen. Ferner ist das Paraffin in Salbenconsistenz einzuspritzen, also flüssig und nicht heiss.

CHIARI.

34) **Gersuny. Paraffinprothese der Nase.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 12. December 1902.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 51. 1902.*

In einem Falle vollständiger Zerstörung des Nasengerüstes bei intacter Haut wurde nach subcutaner Trennung der Narben die Aufrichtung der Nase durch Paraffin ermöglicht. Empfehlung von Paraffineinspritzungen in Fällen von totaler Rhinoplastik (ohne Knochentransplantation) zur Sicherung gegen Atrophie.

CHIARI.

35) **F. Neumann. Kosmetische Prothese mittelst Paraffininjection.** (Verein deutscher Aerzte in Prag, 18. April 1902.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 52. 1902.*

Nach Entfernung einer fluctuirenden Geschwulst des Oberkiefers, deren Innenraum mit der Oberkieferhöhle nicht communicirte, sank die betreffende Wangengegend ein, worauf N. daselbst ein Paraffindepot einlagerte und so die Einsenkung ausglich.

CHIARI-HANSZEL.

36) **L. G. de Cazeneuve. Paraffininjectionen in der Oto-Rhino-Laryngologie. (Des injections de paraffine en oto-rhino-laryngologie.)** *Thèse de Paris. 1902.*

Verf. hat Versuche angestellt über die Verwendbarkeit des Vaselins und ist zu dem Resultat gekommen, dass es sich zur Prothesenbildung nicht eignet. Am brauchbarsten hat sich ein Paraffin von 50° Schmelzpunkt erwiesen. Ausser zur Correction von Deformitäten der äusseren Nase eignet sich die Methode auch zur Anwendung bei der Ozaena; auch hier verfügt Verf. über einige persönliche Erfahrungen.

A. CARTAZ.

37) **Stephen Paget** (London). **Vortrag über die Anwendung von Paraffin für eingesunkene Nasen. (A lecture on the use of paraffin for sunken noses.)** *Brit. Med. Journal. 3. Januar 1903.*

Ueberblick über die Geschichte der Entwickelung dieser Methode und Schilderung der Technik. P. giebt einem Paraffin von circa 43° C. den Vorzug. Um den durch die Einschrumpfung des injicirten Paraffins verursachten Volumensverlust auszugleichen, ist es nöthig, einige Tage nach der ersten Injection noch einige Tropfen Paraffin nachzuspritzen. Verf. verfügt über 26 Fälle; er hat keinen Unglücksfall irgend welcher Art zu beklagen gehabt und nahezu stets gute Resultate erzielt.

JAMES DONELAN.

38) **T. J. Lynch. Behandlung von Nasendeformitäten mittels subcutaner Paraffininjectionen. (The treatment of nasal deformities by subcutaneous injections of paraffin.)** *N. Y. Medical Journal. 3. Januar 1903.*

Beschreibung der Technik. Verf. hat bis auf seinen ersten Fall, in dem eine kleine Zone nekrotisch wurde, niemals irgend welche unangenehme Folgen der Injection gesehen. Im Allgemeinen kommt man mit einer Injection aus, ausser wenn die Gewebe sehr hart und fest sind; dann empfiehlt es sich, immer nur eine ganz kleine Menge auf einmal einzuspritzen.

LEFFERTS.

39) **Joseph A. M. Dmurl. Subcutane Injection von hart werdenden Oelen zur Correction der Sattelnase. (Subcutaneous injection of solidifying oils to correct a saddle-back nose.)** *American Medicine. 31. Januar 1903.*

Unter seinen zahlreichen nach Gersuny's Methode operirten Patienten hat Verf. nur einmal eine geringfügige Complication gesehen in Gestalt einer kleinen Ecchymose, die jedoch in 48 Stunden wieder verschwand. Mit grosser Sorgfalt muss vermieden werden, dass die Canüle der Injectionsspritze in eine Vene eingestochen wird. Von der Anwendung eines localen Anaestheticums nimmt Verf. Abstand, da dadurch das Operationsfeld in gewissem Maasse unübersichtlich ge-

macht wird; auch hat er gefunden, dass die Schmerzen nicht übermässig stark empfunden werden. Besondere Aufmerksamkeit ist der Präparation des Paraffins zuzuwenden; es wird mit gelbem Vaselin im Verhältniss von 1 Vaselin zu 3 Paraffin gemischt und intensiver Hitze ausgesetzt, so dass die Mischung mindestens eine Stunde lang kocht.

EMIL MAYER.

40) **C. H. Baker. Chronische Nasenkrankheit. (Chronic nasal disease.)** *N. Y. Medical News. 1. Februar 1902.*

Verf. sucht nachzuweisen, dass viel häufiger als die untere Muschel die mittlere als Sitz chronischer Erkrankungen des Naseninnern angesehen werden muss. Folgendes stellt er als Indicationen für die Entfernung der mittleren Muschel auf: Polypen, die oft zum Theil von der Muschel verdeckt werden; Verschlüsse der Nebenhöhlenmündungen infolge von Schleimhautschwellungen; bullöse Hypertrophie der Muschel; nervöse Störungen (Asthma nasale, Kopfschmerzen etc.), die dadurch hervorgerufen werden, dass die Muschel die gegenüberliegende Schleimhaut berührt, vasomotorische Rhinitis. Es folgt eine Schilderung der Operationstechnik.

LEFFERTS.

41) **J. W. Murphy. Das beste Mittel zur Beseitigung von Nasenverstopfungen. (The best means of removing nasal obstructions.)** *American Medicine. 26. April 1902.*

Verf. bekennt, dass er immer mehr von der endonasalen Anwendung der Galvanokaustik abkommt, da nach seiner Erfahrung die Resultate denen mit blutigen Operationen erzielten weit nachstehen. Bei Hyperplasien der unteren Muschel entfernt er das überschüssige Gewebe mit Scheere und Säge; es genügt häufig schon, von dem unteren Rand des Muschelknochens ein ganz kleines Stück zu entfernen, um die Nase ständig für die Luft durchgängig zu machen.

EMIL MAYER.

42) **W. B. Shield. Nasenverstopfung als eine Ursache der Laryngitis und operative Maassnahmen zu ihrer Beseitigung. (Nasal obstruction as a cause of laryngitis and operative procedures for its relief.)** *St. Louis Medical Review. 6. September 1902.*

Bei vielen Fällen von Laryngitis sollte man zunächst sein Augenmerk darauf richten, die durch Septumdeviationen, Rhinitis hypertrophica etc. verlegte Nase durchgängig zu machen. Verf. bevorzugt die blutige Operation vor den Correctionsmethoden.

EMIL MAYER.

43) **Mayo Collier. Nasenverstopfung und Deformitäten von Oberkiefer, Zähnen und Gaumen. (Nasal obstruction and deformities of the upper jaw, teeth and palate.)** *Lancet. 18. October 1902.*

Auf Grund von theoretischen Erwägungen und nach Würdigung der Ziem'schen Untersuchungen über denselben Gegenstand kommt Verf. zu dem Ergebniss, dass die durch Nasenverstopfung bedingte Veränderung des intranasalen Luftdrucks die hauptsächlichste Ursache für die bekannten Veränderungen an Gaumen und Zähnen abgiebt.

ADOLPH BRONNER.

44) **John A. Donawan. Allgemeine Bemerkungen über Nasenverstopfung. (General remarks on nasal obstruction.)** *N. Y. Medical News. 22. November 1902.*

Verf. giebt einen Ueberblick über das grosse Heer von Affectionen, die bisweilen als Folge der Nasenverstopfung und der durch sie bedingten Mundathmung angesehen werden können. Er meint, dass der Begriff des unheilbaren Katarrhs verschwinden wird, wenn man sich gewöhnt, in jedem Fall in der Nase vollkommene anatomische Verhältnisse wiederherzustellen. Eins sei dabei aber stets zu bedenken: dass man eine Unterlassungssünde zwar immer später wieder gut machen kann, niemals aber etwas, was man zuviel gethan hat. Ist man daher im Zweifel, ob irgend ein Theil in der Nase entfernt werden soll oder nicht, so soll man ihn stets lieber unberührt lassen.

LEFFERTS.

45) **Geo E. Shambaugh. Knochencysten der mittleren Muschel. (Bony cysts of the middle turbinated body.)** *Annals of Surgery. Juli 1902.*

Bericht über 3 Fälle. Die Knochenblasen der mittleren Muschel werden nicht als Product eines entzündlichen Vorganges, sondern als anatomische Varietäten, als Resultat einer Entwickelungsanomalie angesehen.

EMIL MAYER.

46) **H. B. Lemere. Die mittlere Muschel. (The middle turbinate.)** *Western Medical Review. 10. October 1902.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

47) **James Moreau Bronn. Turbinotomie. (Turbinotomy.)** *Medicine. April 1903.*

Aufzählung der Indicationen und Uebersicht über die verschiedenen Operationsmethoden.

EMIL MAYER.

48) **Wl. Wroblewski. Ueber die Resection der unteren Nasenmuschel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. XII. S. 392. 1902.*

Zur Abtragung von Hyperplasien der unteren Muschel bedient sich W. der Scheere, die eine genauere Dosirung der abzutragenden Masse ermöglicht. Soll ein grösserer Theil der Muschel oder die ganze entfernt werden, so führt W. den Schnitt nicht bis ans Ende, sondern lässt die abgeschnittene Partie an einem Gewebsstückchen hängen, um mit der kalten oder heissen Schlinge die Operation zu vollenden.

F. KLEMPERER.

49) **Notiz des Herausgebers. Etwas zur Ueberlegung für Nasenspezialisten. (Some thing for the nose specialists to think over.)** *Canadian Journal of Medicine and Surgery. April 1902.*

Im Anschluss an eine Bemerkung von Gallois (Paris), dass er im Anschluss an Operationen im Naseninnern bei demselben Individuum dreimal rheumatische Affectionen hat auftreten sehen, wird, um der Entstehung von Infectionen vorzubeugen, empfohlen, vor und nach Nasenoperationen Ausspülungen und Sprays mit desinficirenden Lösungen vorzunehmen.

EMIL MAYER.

50) **M. A. Goldstein. Postoperative Behandlung in der intranasalen Chirurgie. (Post-operative management of intra-nasal surgery.)** *Laryngoscope. October 1902.*

Verf. verwirft es, dass man in der Nase operirt, ohne das Operationsfeld vorher aseptisch gemacht zu haben, und dass man nach der Operation sich damit begnügt, etwas antiseptisches Pulver auf die Wunde zu appliciren. Seiner Erfahrung nach können daraus secundäre Blutungen, Pharynxaffectionen und Augenstörungen resultiren. Vor allen Dingen ist für eine sorgfältige Tamponade nach jeder endonasalen Operation Sorge zu tragen.

EMIL MAYER.

51) **Bartolomeo Bosio. Die Verkleinerung und Abtragung der Muscheln bei Rhinitis hypertrophicans, Operation von Leisten und Spinae des Septums und von Polypen mit Hülfe von Cocain und Nebennierenextract. (Lo spezzettamento nei casi di rinite ipertrofica, e l'esportazione dei cornetti, delle creste, spino del setto e dei polipi per mezzo della cocaina e dell'estratto delle capsule sopra-renali.)** *Annali di Laringologia ed Otologia. August 1902.*

Verf. ist ein Befürworter des Morcellements der Muscheln; er bedient sich dazu — nach vorhergehender gleichzeitiger Anwendung von Cocain und Adrenalin — der Hajek'schen Doppelcurette; er räth dringend von jeder Tamponade nach der Operation ab.

FINDER.

52) **Löwe. Weitere Mittheilungen über die Ausräumung der Nase vom Munde her.** *Mon. f. Ohrenheilkde. etc. No. 3. 1902.*

Da der Artikel wegen der vielen anatomischen Details sich nicht zu einem Referate eignet, so muss derselbe im Original gelesen werden, wobei freilich dem Leser Bedenken aufsteigen könnten, ob so eingreifende Operationsmethoden wirklich angezeigt seien und ob es nicht besser sei, die Nase auf natürlichem Wege zu behandeln.

SCHECH.

53) **Löwe. Weitere Mittheilungen über die Ausräumung der Nase vom Munde her.** *Mon. f. Ohrenheilkde. etc. No. 10. 1902.*

Wegen der vielen anatomischen Details und Krankengeschichten muss auf das Original verwiesen werden.

SCHECH.

54) **Edmund Meyer** (Berlin). **Ein operirter Fall von Nasenpolypen mit Freilegung des Gesichtsskeletis.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 7. 1903.*

Unter diesem entsetzlichen Titel finden wir in den Berichten der Berliner medicinischen Gesellschaft eine Demonstration verzeichnet, die M. am 28. Januar 1903 veranstaltet hat. Es handelte sich um einen Patienten, der wegen Nasenpolypen von Löwe nach der von diesem empfohlenen Methode der Decortication des Gesichtsskelets operirt war (vergl. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. 1900. S. 257 ff., S. 376 ff. ibid. 1902 S. 83 ff., S. 420 ff.). Der Erfolg war dieser: Patient ist hochgradig entstellt, der Nasenrücken ist verbreitert, die Nasenspitze eingesunken, die Oberlippe zu kurz, sodass Patient ausser Stande ist, Brot und harte Speisen zu geniessen. Septum und Muscheln fehlen, oben Polypen und Eiter. Nasenbeine ausserordentlich druckempfindlich.

Der Vortragende knüpft an die Vorstellung eine Kritik der Löwe'schen Operation. Er tadelt die weite Indicationsstellung Löwe's und verlangt, dass ein so heroischer Eingriff ausschliesslich auf solche Fälle beschränkt werde, für die intranasale Eingriffe nicht ausreichen, insbesondere also auf maligne Tumoren.

In der Discussion führt Löwe den Misserfolg darauf zurück, dass sich Patient während der Operation der Vollendung widersetzte und ebenso der Nachbehandlung sich entzog. Man könne deshalb nicht von Recidiven der Nasenpolypen sprechen, wie es der Vortragende gethan, denn die Operation musste abgebrochen werden, bevor die Polypen entfernt waren. L. stellt 3 Fälle vor, die gut geheilt sind. Er giebt ferner an, nicht principiell die Entfernung von Muscheln und Septum befürwortet zu haben, sondern nur da, wo sie Hindernisse für das Vordringen zur Basis cranii bildeten.

Meyer replicirt, der Patient sei nach der ersten Operation noch mehrfach operirt worden.

Der Vorsitzende, Herr von Bergmann, Excellenz, dankt Herrn Meyer für seine Demonstration.

(Der ganz ungewöhnliche Schritt, einen völlig misslungenen Operationsfall ohne Zustimmung des Operateurs zum Gegenstande einer öffentlichen Demonstration zu machen, kann nur durch ganz besondere Verhältnisse gerechtfertigt werden, die hier in der That vorzuliegen scheinen. Man weiss nicht, was man bei Löwe mehr bewundern soll, den Muth und das heisse Bemühen um die Ausbildung seiner Operationsmethode oder die himmelschreiende Kritiklosigkeit, mit der er sie für alle möglichen Nasenerkrankungen, von der Beseitigung von Septumanomalien bis zur Entfernung von Nasenpolypen, angewandt wissen will. Ref.)

ZARNIKO.

55) T. Abraham. **Ein neues Instrument. (A new instrument.)** *Laryngoscope. April 1902.*

Das Instrument, über das Verf. keine persönlichen Erfahrungen hat und das er von Dr. Lake (London) erhalten zu haben angiebt, ist für die Entfernung des hinteren Endes der unteren Muscheln bestimmt.

EMIL MAYER.

56) Citelli. **Ein besonderer Schlingenführer für das hintere Ende der Nasenmuscheln. (Serranodo speciale per la coda dei cornetti nasali.)** *Arch. Ital. d. Laringologia. October 1902.*

Das Instrument ist der von Pfau nach Angabe von Jaenicke construirte Polypenschnürer, dem Verf. für die Abtragung der hinteren Enden eine etwas andere Biegung giebt.

FINDER.

57) Noebel. **Conchotom für breitbasige Hypertrophien der unteren Nasenmuschel.** *Mon. f. Ohrenheilkde. etc. No. 9. 1902.*

Tonsillotomähnliches Instrument mit schneidendem Meissel.

SCHECH.

58) Cordes. **Ein neuer Doppellöffel.** *Mon. f. Ohrenheilkde. etc. No. 11. 1902.*

Von hinten nach vorne fassender Doppellöffel zur Entfernung des nach der Schlingenoperation etwa stehenbleibenden Restes der polypös degenerirten mitt-

leren Muschel, ferner zur Abtragung von Polypenresten und Granulationen; und zur Eröffnung und Ausräumung des vorderen und hinteren Siebbeinlabyrinthes.

Das Instrument ist zu beziehen von W. Windler, Berlin. SCHECH.

59) **Mieses** (Leipzig). **Eine verstellbare scharfe Löffelzange für die Nase.** *Mon. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1902.*

Der Grünwald'schen und Hartmann'schen Zange ähnlich, aber nach allen Richtungen verstellbar; zu beziehen durch Alex. Schädel, Leipzig, Reichsstrasse.

SCHECH.

60) **Cordes. Ein neues Conchotom.** *Mon. f. Ohrenheilkde etc. No. 1. 1903.*

Das Instrument besteht aus zwei mit den Schneiden leicht schräg zu einander gestellten Hohlmessern und dient zur Abtragung hypertrophischer Muschelenden oder weicher Tumoren des Septums. Zu beziehen durch Pfau, Berlin, Dorotheenstrasse 67. SCHECH.

c. Mundrachenhöhle.

61) **Petrow. Ueber Knochen- und Knorpelbildung in den Mandeln. (Obresowe nil chrja och. i kostnoi tkani w snind. shalese.)** *Bol. Gaz. No. 38 1902.*

Der Inhalt dieser Arbeit ist bereits im Centralblatt nach einer anderen Quelle referirt worden. P. HELLAT.

62) **Nösske** (Leipzig). **Ueber Knorpel- und Knochenbildung in den Tonsillen.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 66. Bd. 5. u. 6. H. 1903.*

In 6 Fällen konnte N. bei der Section Knorpel- und Knochenbildungen in den Tonsillen nachweisen. Die betr. Herde fanden sich multipel in den verschiedenen meist tieferen Schichten des Bindegewebsbelages der Tonsillen. Es liess sich fast immer ein Zusammenhang mit dem umgebenden Bindegewebe, sowie zahlreiche Uebergangsbilder zwischen den einzelnen Bindegewebsformen nachweisen. Neben entzündlichen und regressiven Processen scheint für die Aetiologie eine Art örtlicher Disposition eine Rolle zu spielen. SEIFERT.

63) **Lee O. Rogers. Schanker der Tonsille. (Chancre of the tonsils.)** *American Medicine. 11. Januar 1902.*

Bericht über einen Fall. EMIL MAYER.

64) **Asselberghs. Syphilitischer Mandelschanker; eitrige syphilitische Halsdrüsenentzündungen. (Chancre syphilitique de l'amygdale; adénites syphilitiques suppuratives du cou.)** *Bulletin Méd. Chir. de Bruxelles. No. 5. 1902.*

Mandelschanker bei einer 30jährigen Magd bei intacten Genitalien, gefolgt von Roseola; die concommittirende Vereiterung der Halsdrüsen ist einer gleichzeitigen infectiösen Angina zuzuschreiben. BAYER.

65) **W. Cheatham. Schanker der Tonsille. (Chancre of the tonsils.)** *Medicine. Juli 1902.*

Verf. hat im Lauf von $1^1/_2$ Jahren 7 Fälle gesehen, die meist vorher nicht

diagnosticirt waren. Er kommt zu dem Schluss, dass solche Fälle sehr häufig übersehen werden. Persistirende Entzündung der Tonsillen mit indolenten, nicht vereiternden Drüsenschwellungen am Unterkieferwinkel sollen immerhin den Verdacht auf Syphilis erwecken. Die secundären Hauteruptionen haben in solchen Fällen geringe Wichtigkeit; sie bleiben bisweilen völlig aus. In manchen Fällen wird die Diagnose ex juvantibus gestellt werden müssen.

LEFFERTS.

66) **A. T. Lartigan. Tuberculose der Tonsillen. (Tuberculosis of tonsils.)** *N. Y. Medical News. 8. März 1902.*

Während die secundäre Tuberculose der Tonsillen sehr häufig ist — nach Angaben des Verf. findet sie sich in 80 pCt. der Fälle von Lungentuberculose — ist die primäre Tonsillenaffection sehr selten; 18 vom Verf. untersuchte Fälle gaben kein einziges positives Resultat.

LEFFERTS.

67) **Bryson Delavan. Naevus der Tonsille. (Naevus of the tonsil.)** *Laryngoscope. April 1902.*

Der Patient war ein 20jähriger Mann. Auf der rechten Seite des Pharynx sass ein blaurothes, aus erweiterten Venen zusammengesetztes Gebilde. Von dem eigentlichen Tonsillengewebe existirte scheinbar gar nichts mehr. Pat. gab an, diese Erscheinung, so lange er denken kann, aufzuweisen. Die einzigen Beschwerden, über die er klagte, waren, dass bisweilen die Venen sich stark füllen und anschwellen und dass, wenn er auf der linken Seite liegt, Athembeschwerden sich einstellen. Pat. zeigte auch einen kleinen Naevus auf der Oberlippe.

EMIL MAYER.

68) **Chorwat. Ueber bösartige Geschwülste der Gaumenmandel. (O slokatsch. opucholjach nebn. mindallni.)** *Rusk. chirurg. Archiv. Bd. 2. p. 429.*

Die Einleitung zu der ausführlichen Abhandlung über den besagten Gegenstand bilden 3 von Weljaminow operirte Fälle (2 Sarkome und ein Carcinom). Wie gründlich Ch. seine Aufgabe erfüllt hat, geht schon daraus hervor, dass seine Literaturangabe 236 Nummern umfasst. Bei der Zusammenstellung von 200 Fällen ergiebt sich, dass am meisten nach Langenbeck, Mikulicz und Kocher operirt wurde. Von den 200 Fällen fielen 94 auf Sarkome, 72 auf Carcinome, 13 auf Lymphosarkome, 21 sind nicht rubricirt.

Die Operationen hatten im Allgemeinen 15 pCt. Sterblichkeit aufzuweisen.

Der Erfolg der Operation war sehr verschieden. Am längsten recidivfrei war ein Fall — 12 Jahre —, 2 Fälle bis über 5 Jahre. —

Von den von Weljaminow operirten Fällen starb einer bald nach der Operation, der andere lebte über 4 Jahre und der Dritte lebte zur Zeit der Mittheilung über $3^1/_2$ Jahre.

Von inneren Mitteln wurde hauptsächlich Arsenik, Pyoctanin und Wasserstoffhyperoxyd benutzt.

P. HELLAT.

69) **Arthur G. Root. Sarkom der Tonsille. (Sarcoma of tonsil.)** *N. Y. Medical News. 1. Februar 1902.*

Es handelte sich in dem mitgetheilten Fall um einen 23jährigen Mann. Es

wurde eine Operation von aussen gemacht, indem ein Einschnitt längs des Sternocleidomastoideus bis fast zur Clavicula gemacht und alle infiltrirten Drüsen entfernt wurden. Die Carotis communis musste wegen der heftigen Blutung unterbunden werden. Nach 5 Monaten trat ein Recidiv auf. LEFFERTS.

70) **Harmon Smith. Geschwulst der Tonsille. (Growth of the tonsil.)** *Laryngoscope. März 1903.*

Die Geschwulst erwies sich als eine Cyste. EMIL MAYER.

71) **Richmond Mc. Kinney. Ein Fall von Mykosis der Tonsillen. (A case of mycosis tonsillaris.)** *Journal American Medical Association. 11. April 1903.*

Beide Tonsillen waren befallen. Die mikroskopische Untersuchung zeigte die Anwesenheit von Leptothrix buccalis in Menge und von verschiedenartigen Mycelien Die Tonsillen wurden mittels des Galvanokauters entfernt.

EMIL MAYER.

72) **Henri Malherbe. Ueber die Behandlung der Angina Vincentii und die Stomatitis ulcero-membranacea. (Sur la traitement de l'angine de Vincent et la stomatite ulcéro-membraneuse.)** *Gaz. méd. de Nantes. 28. Juni 1902.*

Zwei Beobachtungen über Angina Vincentii; beide Male bestanden zuerst Zweifel über die Diagnose, man dachte an Lues. Verf. behandelt die Ulcerationen, indem er sie zweimal täglich mit in Chlorkalkpulver getauchter Watte betupft.

A. CARTAZ.

73) **W. Nash. Bemerkungen über eine Endemie septischer Halsentzündung verursacht durch Milch. (Notes on an outbreak of septic sore throat caused by Milk.)** *Lancet. 18. October 1902.*

Es traten in 22 Familien innerhalb von 12 Tagen 44 schwere Fälle auf, eine grosse Zahl leichterer Fälle nicht eingerechnet. Alle Patienten bezogen ihre Milch aus derselben Molkerei. Am schwersten war der Verlauf in den Fällen, in denen Sahne getrunken worden war. Die Molkerei wurde einer strengen Untersuchung unterworfen und alles in bester Ordnung befunden. In dem einzigen bakteriologisch untersuchten Krankheitsfall wurden Staphylokokken und Streptokokken gefunden. Verf. plaidirt dafür, dass septische Halsentzündungen der Meldepflicht unterworfen werden sollen. ADOLPH BRONNER.

74) **F. Randolph Clark. Halsentzündung. (Sore throat.)** *Philadelphia Medical Journal. 27. December 1902.*

Eintheilung der Halsentzündungen nach ätiologischen Gesichtspunkten; es wird auch eine detaillirte Schilderung der Umstände gegeben, unter denen es zu Halsweh auf reflectorischem Wege kommen kann. EMIL MAYER.

75) **John Stewart. Rheumatische Tonsillen bei Kindern. (Rheumatic tonsillitis in children.)** *Journal American Medical Association. 27. December 1902.*

Die Hauptschwierigkeit bei der Diagnose besteht in der Unterscheidung der rheumatischen Tonsillitis von der Diphtherie: erstere setzt plötzlicher ein, die Temperatur ist höher und die Röthung im Halse diffuser, ferner können bei der

rheumatischen Tonsillitis die gelbweissen Membranen aus den Cysten entfernt werden, auch verschwinden sie in ungefähr 2 Tagen, während sie bei der Diphtherie sich eine bis zwei Wochen lang aufs Neue bilden. Verf. empfiehlt im Beginn des Anfalls Calomel, Salicylpräparate, nach 5—6 Tagen Tinct. Guajaci. Local Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd. EMIL MAYER.

76) **G. Banti. Thrombose der Sinus der Dura mater infolge von Tonsillitis. (Trombosi dei seni della dura madre consecutiva a tonsillite.)** *La Clinica Moderna. 14. Januar 1903.*

Es handelt sich in dem der Arbeit zu Grunde liegenden Fall um ein 17jähriges Mädchen, das im Anschluss an eine — für rheumatisch gehaltene — fieberhafte Affection unter heftigen Kopfschmerzen und epileptiformen Anfällen (Jackson'scher Typus), die auf die rechte Körperhälfte localisirt blieben, erkrankte, gleichzeitig trat eine rechtsseitige Hemiparese ein. Nach 8 Tagen starb Patientin; es hatte bis zum Tode Fieber bestanden. Bei der Section fand sich der Sinus longitudinalis superior von einem Thrombus völlig obturirt; desgleichen Thrombose des Sinus rectus, des Sinus longitudinalis inferior und eines Theiles der Vena Galeni.

Verf. kommt in der Epikrise des Falles zu dem Schlusse, dass es sich um eine Thrombose infectiösen Ursprungs gehandelt habe, und zwar soll sie ausgegangen sein von einer linksseitigen Tonsillitis. An der linken Tonsille fanden sich nämlich bei der Section — abgesehen von den oben beschriebenen Thrombosen der Hirnleiter — die einzigen krankhaften Veränderungen im Organismus. Sie war geschwollen und hatte in ihrem Innern mehrere mit Eiter gefüllte Hohlräume. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass der Schleimhautüberzug an einigen Stellen durch ulcerative Processe zerstört, das adenoide Gewebe bis in die tiefsten Schichten von polynucleären Leukocyten infiltrirt war. An mehreren Stellen zeigten sich Kokkenhaufen, die nach Gram färbbar waren. Culturversuche ergaben, dass es sich um Staphylococcus aureus et albus handelte. Es bestand also eine eitrige Staphylokokken-Tonsillitis. Da nicht, wie es bei einer hämatogenen Thrombose gewöhnlich der Fall ist, die hinteren Sinus befallen waren, sondern gerade die vorderen, so schliesst Verf., dass es sich hier um eine Thrombose durch Propagation der Entzündung von den Tonsillarvenen bis zum Sinus longitudinalis gehandelt habe. Eine Untersuchung der pharyngealen, ethmoidalen etc. Venen daraufhin war leider aus äusseren Gründen nicht möglich. FINDER.

77) **Simonin. Die gewöhnlichen Anginen bei Masern der Erwachsenen. Klinische und bacteriologische Studie. (Les angines banales chez les rougeoleux adultes; étude clinique et bactériologique.)** *Société médicale des hôpitaux. 23. Januar 1903.*

Bei 531 Fällen von Masern beim Erwachsenen hat hat Vf. 42mal (8,47 pCt.) Anginen constatiren können. Sie traten selten während des Prodromalstadiums und der Eruptionsperiode auf, mit Vorliebe dagegen nach dem Temperaturabfall, der nach Abblassen des Exanthems die Regel ist. Sie waren charakterisirt durch

Anschwellung der Mandeln, Anwesenheit von Secret in den Lacunen und durch — gewöhnlich circumscripte — Phlegmonen.

Obwohl stets gutartiger Natur, sind diese Anginen bisweilen doch von Complicationen begleitet, diese bestehen in Entzündungen der Gelenkhäute, der Sehnenscheiden, des Endo- und Myocards.

Die Entzündungserreger, die am häufigsten gefunden werden, sind der Streptococcus in Verbindung mit verschiedenen Saprophyten und der Staphylococcus pyogenes.

Es ist bei den Fällen von Masern minutiöse Sorgsamkeit auf Desinfection des Rachens durch häufige Gurgelungen etc. zu verwenden. PAUL RAUGÉ.

78) **Baron. Ueber endemisches Auftreten von exsudativen ulcerösen Anginen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 2. 1903.*

Im städtischen Findelhause zu Dresden kommen Halsentzündungen, die der Diphtherie sehr ähneln, häufig vor. B. berichtet über eine Reihe von Fällen, bei denen die Vincent'schen Bacill. fusif. und Spirochaeten gefunden wurden. Die Details über Züchtung etc. sind im Original nachzulesen. SCHECH.

79) **Georges Mahn** (Paris). **Das Morcellement der Gaumenmandeln. (Le morcellement des amygdales palatines.)** *Presse médicale. 18. Juni 1902.*

Verf. zieht in den Fällen, in denen das Tonsillotom oder die galvanokaustische Schlinge nicht zur Anwendung kommen können, da die Mandeln nicht über die Gaumenbögen hervorragen, das Morcellement der Ignipunctur vor. Er beschreibt ein neues für dieses Verfahren zu verwendendes Instrument.

PAUL RAUGÉ.

80) **Nicolai** (Kiel). **Ueber Mandelschlitzung bei einigen Fällen von langwieriger und recidivirender Lues der Tonsillen.** *Dermat. Centralbl. 4. 5. 1903.*

Bei sehr beträchtlichen Hypertrophien der Tonsillen mit secundären syphilitischen Erscheinungen trägt N. die Tonsillen ab, doch hatte er den Eindruck, als ob die Blutung dabei heftiger sei als sonst. Nach Schlitzung der Tonsillen ätzt N. die Risse mit 5 proc. Chromsäure. SEIFERT.

81) **L. Myers. Tonsillotomie mit der kalten Schlinge. (The cold snare in tonsillotomy.)** *Laryngoscope. März 1903.*

Verf. bedient sich fast ausschliesslich der kalten Schlinge. Der Vortheil soll in der Handlichkeit des Instruments und darin bestehen, dass es sich bei jeder Form der Hyperplasie leicht anwenden lässt. EMIL MAYER.

82) **E. L. Burton. Ein neues Instrument zur Radicalbehandlung der chronischen Tonsillarhypertrophie. (A new instrument for the radical treatment of chronic hypertrophic tonsillitis.)** *Texas Medical News. April 1903*

Ein scheerenförmiges seitlich schneidendes Instrument. EMIL MAYER.

83) **A. B. Francis. Der Tonsillosector. (The Tonsillosector.)** *Lancet. 2. Mai 1903.*

Das unter diesem Namen beschriebene Instrument kann als Combination

einer Guillotine mit Scheeren bezeichnet werden. Verf. ist zu seiner Erfindung dadurch angeregt worden, dass bei Anwendung der Guillotine beide Hände nöthig sind und ein Assistent von aussen her die Tonsille mit in den Ring hineindrücken muss. Abgesehen von der Complicirtheit des von F. angegebenen Instruments hat es wie alle für diese Operation angegebenen Instrumente den Nachtheil gegenüber der Guillotine, dass es keine Hebelkraft nach lateralwärts besitzt.

JAMES DONELAN.

d. Diphtherie und Croup.

84) **Raymond Glotard. Die Nasendiphtherie. (La diphtérie nasale.)** *Thèse de Paris. 1902.*

Verf. unterscheidet zwei klinische Formen der nasalen Diphtherie: die gutartige Form, die der reinen Diphtherie entspricht, und die bösartige, die eine Mischinfection mit Streptokokken darstellt. Neben diesen beiden Typen existirt noch die sogenannte fibrinöse Rhinitis, die sich durch ihre Neigung zur Chronicität auszeichnet und die Verf. gleichfalls für eine Form von wahrer Diphtherie erklärt.

PAUL RAUGÉ.

85) **Edward G. Bryant. Nasendiphtherie. (Nasal diphteria.)** *N. Y. Medical News. 22. November 1902.*

Verf. führt einige Fälle an, in denen man während der ersten Krankheitstage glaubte, es handle sich nur um eine harmlose Coryza, während der weitere Verlauf bewies, dass eine schwere Diphtherie vorlag. Während einer Diphtherie-Epidemie soll jeder Fall von Schnupfen Verdacht erwecken, besonders wenn dabei grosse Abgeschlagenheit und unverhältnissmässig hohes Fieber besteht. Bei Nasendiphtherie sind hohe Antitoxingaben — 3000 I.-E. und mehr — nöthig; die Prognose ist stets sehr dubiös.

LEFFERTS.

86) **Mensi. Ueber die pharyngo-laryngealen Complicationen der primären Nasendiphtherie der Säuglinge. (Sulle complicazioni faringo-laringee della difterite primitiva nasale dei lattanti.)** *Giornal. d. R. Academia di Medicina di Torino. Februar-März 1903.*

Verf. bringt zwei Beobachtungen. Er macht darauf aufmerksam, dass nur durch die bakteriologische Untersuchung die primäre diphtherische Coryza der Säuglinge sich von der syphilitischen unterscheiden lässt. In seinen beiden Fällen trat infolge secundärer Weiterverbreitung der Diphtherie auf Rachen und Kehlkopf der Exitus ein. Verf. verbreitet sich dann über den Nutzen der Serumbehandlung.

FINDER.

87) **Rocaz. Bulbärdiphtherie. (Diphterie bulbaire.)** *Société de Pédiatrie. 17. Juni 1902.*

R. hat die bulbären Complicationen bei der Diphtherie mit plötzlichem tödtlichem Ausgang zum Gegenstand seines Studiums gemacht. Die Kinder starben plötzlich unter Erscheinungen von Collaps, Pulsschwäche und Blässe des Gesichts. Die histologische Untersuchung ergiebt tiefgreifende degenerative Verän-

derungen an den bulbären Zellen. Diese Veränderungen finden sich hauptsächlich in der Höhe des Vaguskernes, wodurch auch der plötzliche Exitus zu erklären ist. Verf. meint, dass man derartigen Zufällen durch frühzeitige Einleitung der Serumbehandlung vorbeugen könne.

PAUL RAUGÉ.

88) **Deguy. Ueber den pathogenen Erreger der postdiphtherischen Septicaemien. (Sur les agents pathogènes des septicémies metadiphtériques.)** *Société médicale des hôpitaux. 23. Mai 1902.*

Im Blut der an postdiphtherischer Septicaemie erkrankten Kinder hat Verf. den Diplococcus haemophilus perlucidus und den Diplococcus haemophilus albus gefunden. Diese einander sehr ähnlichen Mikroorganismen scheinen die Ursache für die postdiphtherischen Thrombosen abzugeben. Sie haben sich bei Inoculationsversuchen stets als pathogen erwiesen und haben sehr ausgesprochen die Eigenschaft, die Leukocyten zu zerstören.

PAUL RAUGÉ.

89) **Breton. Postdiphtherische Lähmung. (Paralysie meta-diphtérique.)** *Société de Pédiatrie. 17. Juni 1902.*

Es handelte sich um ein 3jähriges Mädchen, bei dem im Gefolge einer Diphtherie infolge multipler Embolien eine Hemiplegie auftrat. Die Lähmung zeigte sich plötzlich auf der rechten Körperhälfte, während gleichzeitig gangränöse Flecken am linken Bein auftraten. Die Hemiplegie bestand zur Zeit der Publication 8 Monate. Wahrscheinlich hat in diesem Falle eine Endocarditis bestanden, von der die Embolien ausgingen.

PAUL RAUGÉ.

90) **Babonneix. Experimentelle diphtherische Lähmungen. (Paralysies diphtériques experimentales.)** *Société de biologie. 15. November 1902.*

B. zeigt im Anschluss an eine in einer vorhergehenden Sitzung derselben Gesellschaft gemachten Mittheilung, dass die experimentellen Lähmungen, die er durch einfache subcutane Injection von Toxin erzeugt hatte, sich auch durch directe Einspritzung in einen grossen Nervenstamm, besonders den N. ischiadicus, hervorbringen lassen. Die Lähmung beschränkt sich in diesem Fall auf die untere Extremität der entsprechenden Seite.

Um zu beweisen, dass es sich nicht um eine einfache traumatische Paralyse handelt, hat Verf. gezeigt, dass die Lähmung nicht eintritt, wenn eine präventive Seruminjection vorher gemacht worden ist. Diese Thatsache beweist die absolute Specifität der durch die Injection in den Nerven hervorgerufenen Lähmung, ferner aber auch die Wirksamkeit einer Präventivbehandlung gegen die diphtherischen Paralysen.

PAUL RAUGÉ.

91) **Chas. L. Felt. Postdiphtherische Lähmung. (Post-diphteritic paralysis.)** *N. Y. Medical News. December 1902.*

Verf. theilt die causalen Factoren für die postdiphtherischen Lähmungen in drei Gruppen ein: Bacillen, Toxine und ein Nebenproduct, dessen Wirkung nur auf das Nervengewebe beschränkt ist und das „Toxon“ genannt wird. Es kann sich im Fall der Lähmung handeln entweder um eine Muskeldegeneration oder

um eine locale Neuritis mit Degeneration oder eine Affection des Centralnervensystems. LEFFERTS.

92) **Ch. Aubertin. Notiz über einige klinische Eigenthümlichkeiten der diphtherischen Lähmungen. (Note sur quelques particularités cliniques des paralysies diphtériques.)** *Société médicale des hôpitaux. 9. Januar 1903.*

Dem Bericht liegt die Beobachtung von 67 Fällen zu Grunde, sowohl von Kindern wie Erwachsenen. Verf. hat die motorischen Störungen als sehr geringfügig befunden, während sensible völlig fehlten. Er hat z. B. niemals das schlaffe, herabhängende Gaumensegel gefunden, das in den klassischen Schilderungen der Gaumensegellähmung figurirt. Es handelt sich stets nur um eine leichte alle Muskeln des Gaumensegels betreffende Parese. Die Accomodationslähmung betrifft nur den M. ciliaris und schont die Iris. Die Paraplegie ist leicht und immer unvollkommen. Alle Arten von Muskeln können von ihr getroffen werden, es besteht keinerlei Praedilection. Die Herzstörungen, begleitet von Brechneigung, sind sehr häufig, selten dagegen sind bulbäre Lähmungen. Im Ganzen haben diese Lähmungen bald den Charakter einer leichten Neuritis ohne Sensibilitätsstörungen, bald den einer sehr diffusen und sehr leichten Poliomyelitis anterior. Das Serum ist ohne Einfluss auf diese Lähmungen. PAUL RAUGÉ.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

93) **Fritz Sippel. Ein Fall von angeborenem Diaphragma des Kehlkopfs.** *Med. Corr.-Bl. d. Württemberg. ärztl. Landesverein. Bd. 73. No. 9. S. 133—136. Mit 1 Fig.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

94) **Adolf Onodi. Die Verbindung zwischen den isolirten respiratorischen Recurrensfasern mit den sympathischen und cardialen Nerven. (The connexion of the isolated respiratory fibres of the recurrent with the sympathetic and cardiac nerves.)** *British med. Journ. No. 2174. p. 578—579. 1902. 2 fig.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

95) **G. Hudson Makuen. Ein Fall von Stottern.** *Philadelphia Medical Journal. 8. November 1902.*

Cfr. Bericht über die 24. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Centralbl. XIX. S. 263. EMIL MAYER.

96) **Oltuszewski. Beitrag zur Aetiologie der Sprachstörungen. (Kilka stór o etyologii zboczen mory.)** *Przegl. Lek. No. 3. 1903.*

Verf. behauptet auf Grund eigener Erfahrung, dass die Hauptbedingung zur Entstehung der verschiedenen Arten von Sprachstörungen verschiedenartige Entartungen bilden. SOKOLOWSKI.

97) **E. W. Scripture. Neue Untersuchungen über die Stimme. (Recent researches on the voice.)** *N. Y. Medical Record. 28. Februar 1903.*

Verf. giebt einen kurzen Ueberblick über den heutigen Stand der sogenannten

experimentellen Phonetik und beschäftigt sich des Ausführlicheren mit den Sprachcurven und den Schlüssen, die aus ihnen gezogen werden können. LEFFERTS.

98) **Chervin. Die Eunuchenstimme. (La voix eunuchoïde.)** *Société médico-chirurgicale. 24. November 1902.*

Es handelt sich nach Ansicht des Verf.s bei der Eunuchenstimme um keine organische Erkrankung oder Missbildung des Larynx, auch nicht um die Begleiterscheinung irgendwelcher Veränderungen an den Genitalorganen. Vielmehr liegt ein Mangel der Stimmbildung vor; die Stimme ist gewöhnlich eine Octave höher, als in der Norm. Die Abnormität verschwindet, wenn einige Tage lang rationelle phonatorische Uebungen vorgenommen werden, und merkwürdigerweise ist es keine Tenorstimme, sondern meist ein Baryton, bisweilen ein Bass, den die Patienten erhalten. PAUL RAUGÉ.

99) **Marcel Natier. Die Falsettstimme. (The falsetté voice.)** *Laryngoscope. Februar 1903.*

Da die Falsettstimme besonders oft zur Zeit des ersten Auftretens der Menstruation erscheint, so hat man geglaubt, sie stehe in Verbindung mit einer mangelhaften Entwicklung der Genitalorgane. Dem ist jedoch nicht so. Ebenso wenig liegt der Grund in irgendwelchen anatomischen Unregelmässigkeiten in den oberen Luftwegen. Auf Grund eines kürzlich beobachteten und mittels der graphischen Methode studirten Falles kommt Verf. zu dem Schluss, dass es sich bei der Falsettstimme nur um eine tiefe Störung der Athmungsfunction handelt.

EMIL MAYER.

100) **Mc. Kendrick** (Glasgow). **Die graphische Darstellung der Stimme. (The graphic representation of voice.)** *Brit. Med. Journal. 28. März 1903.*

W. giebt eine Uebersicht über die Entwicklung der experimentellen Phonetik von ihren ersten Anfängen an, die auf Kratzenstein und Kempeler im Jahre 1780 zurückgehen. Verf. beschreibt einen Phonographen eigener Construction, bei dem die Walzeneindrücke auf eine ebene Oberfläche projicirt werden. Dadurch werden sowohl Phonogramme geliefert, wie die phonographische Wiedergabe verstärkt. JAMES DONELAN.

101) **Daniel. Sechs Jahre Orthophonie an der Brüsseler Klinik. (Six années d'orthophonie à la Clinique de Bruxelles.)** *La Clinique. No. 7. 1903.*

Die Aufgabe des Arztes besteht in der Beseitigung der Articulationsfehler, welche meist von einem organischen oder physischen Fehler herrühren. Vor Allem ist die Ursache des Sprachfehlers zu ermitteln und dieselbe zu beseitigen. Die Ursache kann in einer schlechten Aussprache der Töne liegen oder in einer falschen oder mangelhaften Auffassung dessen, was man sagen will. Die schlechte Aussprache (Emission) kann wieder zweierlei Ursprungs sein und 1. von einer fehlerhaften Respiration oder 2. einer fehlerhaften Phonation herrühren.

Bezüglich der durch eine fehlerhafte Respiration bedingten Sprachstörung, muss man den Patienten vor Allem „richtig athmen“ lehren. Für die fehlerhafte Phonation kommen in Betracht die organischen Fehler erstens des Kehlkopfs, das

ist Sache des Laryngologen, dann des Pharynx (adenoide Vegetationen, Störungen der Speichelsekretion, Affectionen des harten Gaumens und der Lippen, ferner der Mandeln, des Zäpfchens, des Gaumensegels etc.). Diejenigen der Zunge spielen eine hervorragende Rolle unter den Ursachen einer schlechten Articulation.

Neben den Fehlern der Aussprache nimmt das Stottern unter den Sprachstörungen einen Hauptplatz ein. Dieses kann constitutioneller Natur oder accidentell sein; ausserdem kann es ein „reines Stottern" sein oder verbunden mit Nebengeräuschen (Nasal- oder Gutturallauten). Zum Schluss theilt der Autor eine Reihe typischer Fälle mit und macht auf die interessanten Eigenthümlichkeiten derselben aufmerksam.

BAYER.

102) **P. Schultz. Ueber einen Fall von willkürlichem laryngealem Pfeifen.** *Arch. f. (Anat. u.) Physiol. Suppl.-Bd. S. 323. 1902.*

103) **K. Lüders. Ueber einen Fall von laryngealem Pfeifen.** *Diss. Berlin. 1902.*

Beide Arbeiten behandeln denselben Fall von willkürlichem laryngealen Pfeifen. Die Beobachung wurde an dem Einen der Publicirenden (Lüders) gemacht. Bei geschlossenem wie bei offenem Munde konnte L. exspiratorisch reine Pfeifentöne erzeugen, die von g^2 bis f_4 reichten. Die Töne entstanden, wie durch die directe Beobachtung erwiesen wurde, im Kehlkopf. Durch das Stroboskop wurde festgestellt, dass bei dem Pfeifen keine Bewegung der Stimmlippen stattfand; dagegen veränderte sich die Oeffnung zwischen den Stimmlippen und der darüber liegenden Stimme mit Aenderung der Tonhöhe. Die Verff. sind der Ansicht, dass die Töne im Kehlkopf ähnlich wie die Mundpfeiftöne erzeugt werden durch Verkleinerung des angeblasenen Hohlraums und durch Veränderung der Eingangs- und Ausgangsöffnung.

J. KATZENSTEIN.

104) **Elmer J. Kuhn. Laryngismus stridulus. (Laryngismus stridulous.)** *Columb. Medical Journal. November 1902.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

105) **Fitzhugh. Ein Fall von Laryngismus stridulus. (A case of laryngismus stridulus.)** *N. Y. Medical News. 6. December 1902.*

Das Kind war schwerathmig und hatte eine Temperatur von 37,5°. Plötzlich sistirte die Athembewegung, nach drei Secunden setzte sie wieder ein und nun begannen tonische Krämpfe in Händen und Füssen, sowie klonische Zuckungen im Gesichte. Nach einer Minute trat Ruhe ein. In genau derselben Reihenfolge wiederholten sich die Anfälle. Es wurde intubirt, jedoch nur mit vorübergehendem Erfolg. Das Kind starb.

LEFFERTS.

106) **A. F. Voelcker** (London). **Klinische Vorlesung über Keuchhusten. (A clinical lecture on whooping cough.)** *The Clinical Journal. 5. November 1902.*

Verf. giebt eine sehr detaillirte und gründliche Studie über den Gegenstand. Er betont die Richtigkeit einer Halsuntersuchung in jedem Fall. Wird der Husten durch psychische Momente oder mechanische Reizung im Pharynx ausgelöst und tritt er in paroxysmaler Form auf, so ist es Keuchhusten. In 28 pCt. der Fälle fanden sich sublinguale Geschwüre; sehr selten sind diese bei Kindern unter

einem Jahr. Blutungen in die Conjunctiva fanden sich unter 161 Fällen nur 3 mal. Mit Zunahme der Temperatur nimmt der Keuchhusten an Häufigkeit ab und umgekehrt. Die häufigste Complication besteht in der Bronchopneumonie, die in den 161 Fällen 56 mal sich vorfand; von diesen Fällen starben 28. Bronchitis kam 18 mal, Tuberculosis 15 mal, Bronchiectasien 2 mal, Empyem 3 mal, seröse Pleuritis 3 mal vor. Ausgesprochenes Volumen pulmonum auctum, sogenanntes Emphysem, fand Verf. in zwei Fällen. Die Mortalität war sehr hoch: 28,5 pCt. (46 Patienten); von diesen waren 13 unter 1 Jahr, 18 unter 2 Jahr alt. Von den 46 Todesfällen kamen 42 auf Rechnung der Bronchopneumonie oder Tuberculose. Irgend welches Mittel von specifischer Wirkung hat Verf. nicht gefunden, gegen die Anfälle erweist sich nach seiner Erfahrung Heroin als wirksam.

JAMES DONELAN.

107) **H. Fürst** (Berlin). **Das Problem, den Keuchhusten abzukürzen oder zu coupiren.** *Wien. med. Presse. No. 47. 1902.*

Empfehlung der äusserlichen Application (Einreiben) des Difluordiphenyl (Antitussin), namentlich im Initialstadium.

CHIARI-HANSZEL.

108) **Swoboda** (Wien). **Ueber Behandlung des Keuchhustens mit Aristochin, einem neuen geschmacklosen Chininpräparat.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 10. 1903.*

Die bei der Chininbehandlung des Keuchhustens erzielten Erfolge sind ebensogut mit dem geschmacklosen und anscheinend von den toxischen Nebenwirkungen freien Aristochin zu erreichen.

CHIARI-HANSZEL.

109) **Stepp. Zur Behandlung des Keuchhustens.** *Prager med. Wochenschr. No. 11—14. 1903.*

Im Jahre 1895 hat Verf. das Bromoform empfohlen und bestätigt nunmehr die günstigen Erfolge. Bei schweren Fällen, in den ersten Lebenswochen oder wenn Bromoform versagt, empfiehlt St. Fluoroform 1—2 stündlich 1 Kaffelöffel des 2—2 $^1/_2$ procentigen Fluoroformwassers.

CHIARI.

110) **W. Stekel** (Wien). **Zur Diagnose und Therapie des Keuchhustens.** *Klinisch-therapeutische Wochenschr. No. 23. 1903.*

Empfehlung der Chininpräparate, namentlich des Euchinins in grösseren Dosen. Diagnostisch ist das Auftreten der Hustenanfälle zur Nachtzeit ohne nachweisbare Veränderungen zu verwerten.

CHIARI.

101) **Alfred Wansfall. Keuchhusten mit besonderem Hinweis auf die frühzeitige Diagnose aus dem Blutbefund. (Pertussis with special reference to its early diagnosis from the blood findings.)** *American Medicine. Januar 1903.*

Es bestehen gute Gründe für die Annahme, dass eine Zunahme der Lymphocyten, so dass sie der Zahl der polynucleären Leukocyten mindestens gleich werden oder aber sie noch übertreffen, einen werthvollen diagnostischen Hinweis für das Bestehen eines Keuchhustens abgiebt, bevor noch die charakteristischen Symptome der Krankheit aufgetreten sind.

EMIL MAYER.

112) **Collet** (Lyon). **Larynxkrisen. (Crises laryngées.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 26. Februar 1902.*

C. stellt einen Tabiker mit Larynxkrisen vor. Die einzige Behandlung, die zu einer Besserung der Larynxkrisen führte, war die Suspension. PAUL RAUGÉ.

113) **Hanisset** (Lyon). **Doppelseitige Stimmbandlähmung in einem Fall von Aortenaneurysma. (Paralysie double des cordes vocales dans un cas d'anevrysma de l'aorte.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 30. Mai 1902.*

Die doppelseitige Stimmbandlähmung infolge von Aortenaneurysma ist so selten, wie die einseitige häufig ist. Im vorliegenden Fall handelte es sich um einen 44jährigen Patienten, der mit allen Symptomen des Aortenaneurysmas in die Klinik aufgenommen wurde und nach wenigen Tagen aphonisch wurde. Die von Gaval vorgenommene laryngoskopische Untersuchung ergab: Unbeweglichkeit beider Stimmbänder in Cadaverstellung. Es trat plötzlicher Tod ein. Bei der Autopsie ergab sich das Vorhandensein eines Aneurysma der Aorta ascendens von Apfelsinengrösse. Der rechte Recurrens war ganz in den Tumor eingebettet, der linke stark verdrängt. Im Moment, wo die Lähmung sich zeigte, war eine erhebliche Schwellung aussen am Halse eingetreten, die in der Folge allmälig verschwand. Verf. erklärt sie als ein Oedem nervösen Ursprungs infolge Verletzung der vasomotorischen Nerven. PAUL RAUGÉ.

114) **Margaria. Beitrag zum Studium der Motilitätsstörungen des Kehlkopfs. (Contributo allo studio delle lesioni di motilità del laringe.)** *Giornale medico del R. Esercito. October 1902.*

Bericht über 3 Fälle: 1. Posticusparese bei einem Clarinettenbläser, der nach Gebrauch von Jodkali eine schwere Larynxkrise bekam; 2. Complete linksseitige Recurrenslähmung mit Parese des rechten Posticus und Parese des Gaumensegels infolge rheumatischer Ursache und 3. Paralyse infolge Verletzung des rechten N. laryngeus inferior mit einer Schnittwaffe. Heilung nach 4 Monaten. FINDER.

115) **Lorenz B. Lockard. Kehlkopflähmung als ein Anfangssymptom der Tabes dorsalis nebst Mittheilung von Fällen. (Laryngeal paralysis as a primary symptom of tabes dorsalis; with report of cases.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1903.*

In allen Fällen ging die Lähmung — es handelte sich stets um Posticusparalyse — den übrigen Symptomen der Tabes um Monate voraus.

EMIL MAYER.

116) **Hofbauer** (Wien). **Recurrenslähmung bei Mitralstenose.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 41. 1902.*

In diesem Falle konnte die Intensität der Heiserkeit durch Lagewechsel des Patienten beeinflusst werden. Die Recurrenslähmung trat fast gleichzeitig mit den ersten Symptomen des Herzfehlers in Erscheinung. CHIARI-HANSZEL.

117) **Jos. Cisler. Zur Pathologie der Kehlkopfstörungen bei Paralysis agitans.** *Časop. lék. česk. 16. 1903.*

Ein 64jähriger Mann (Klinik von Prof. Thomayer, Prag) zeigt seit einem

Monate ein anormales Bild der Paralysis agitans: Rigidität der Musculatur vorwiegend der oberen Extremitäten, Neigung der oberen Körperhälfte, charakteristischen Gesichtsausdruck, typische Haltung der oberen Extremitäten, heftiges Gefühl von Brennen in den betroffenen Muskeln und unbedeutenden Tremor der Hände. Nebstdem klagt Pat. über Schluck- und Athembeschwerden, muss bei jedem Bissen oder Schluck rasten und Athem schöpfen, obgleich sonst keine Dysphagie vorhanden ist. Die Untersuchung des Larynx ergiebt, dass die Stimmbänder in der Ruhe nur 2—3 mm weit von einander entfernt sind, das linke fast in Cadaverstellung, das rechte beinahe in der Mittellinie. Bei der Phonation bleibt das linke Stimmband in derselben Stellung und zittert nur schwach, während das rechte sich der Mittellinie nähert, ja diese überschreitet, so dass Pat. gut sprechen kann. Nachdem in der Epikrise das Semon-Rosenbach'sche Gesetz und noch andere diesbezügliche Fragen in Erwägung gekommen sind, gelangt Verf. zur Ansicht, dass die angeführten Erscheinungen im Kehlkopfe weder durch Paralyse der Glottiserweiterer, noch durch Contractur der Schliesser, ferner auch nicht durch eine intra- oder extraarticuläre Gelenksfixation bedingt sind. Er fasst die Erscheinungen im Bereiche des Kehlkopfes als ein Resultat von Muskelrigidität, speciell Rigidität der genannten Kehlkopfmusculatur auf, diese ist als ein coordinirtes Phänomen der sonstigen Muskelcontracturen am Oberkörper zu betrachten.

AUTOREFERAT.

f. Schilddrüse.

118) **A. v. Eiselsberg. Der Werth der Schilddrüse im Haushalte der Natur.** *Ver. d. Ges. deutsch. Naturf. u. Aerzte. 74. Vers. Karlsbad 1902. Theil 1. S. 63—76.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

119) **W. A Nagel** und **E. Roos. Versuche über experimentelle Beeinflussbarkeit des Jodgehaltes der Schilddrüse.** *Arch. f. Anat. u. Physiol. Supplem.-Band. S. 267. 1902.*

Die Verff. fanden, dass nach Exstirpation des grösseren Theiles der Schilddrüsensubstanz bei Hunden im zurückgelassenen Theile eine Zunahme des Jodgehaltes eintritt. Durch Pilokarpinbehandlung wird der Jodgehalt der Drüse beeinflusst. Zufuhr von 1—2 g Bromnatrium pro die beeinflusst den Jodgehalt der Drüse nicht und ruft keine Ablagerung von Brom in der Drüse hervor.

J. KATZENSTEIN.

120) **Walter Edmunds. Weitere Beobachtungen über die Schilddrüse. (Further observations on the thyroid gland.)** *Journ. of Pathol. and Bacteriol. Vol. 8. No. 3. p. 288.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

121) **T. H. Pratt. Ueber die Eintheilung der gutartigen Schilddrüsengeschwülste. (On the classification of the benign thyroid tumors.)** *N. Y. Medical Record. 12. Juli 1902.*

Verf. theilt die Schilddrüsengeschwülste in drei Klassen: 1. einfache Ade-

nome, 2. foetale Adenome, 3. papillomatöse Adenome. Die erste Klasse ist die am häufigsten vorkommende und begreift den endemischen Kropf in sich, auch die übrigen Formen des Kropfes — der fibröse, cystische und Colloidkropf — gehören zu derselben Klasse. Die einfachen Adenome können multipel, aber auch singulär vorkommen. Sie können diffus oder eingekapselt sein. Die foetalen Adenome sind aus soliden Massen von Epithelknospen gebildet mit wenig oder gar keinem Colloid; ihre Structur gleicht derjenigen der foetalen Schilddrüse. Bei den papillomatösen Adenomen finden sich papilläre Verästelungen, die in cystischen Räumen liegen.

LEFFERTS.

122) **Michoilow. Einige Fragen zu der Lehre von den Strumen. (Nasrewschie wopresó w utschenii o sobe.)** *Mediz. Westn. Bd. IV. No. 16.*

Michailow möchte in Bezug auf die sporadisch auftretenden Kröpfe die Frage aufstellen, ob sie nicht durch die Erhöhung des Blutdrucks zu erklären seien. Er findet, dass bei allen Ursachen, die als prädisponirend zur Kropfbildung angeführt werden, eine stärkere Blutzuströmung gemeinsam ist. M. neigt der Anschauung von Ikawitz zu, dass wir es bei Kropfbildung mit einer Thyreoiditis chronica arteriosclerotica zu thun haben.

P. HELLAT.

123) **Adenot** (Lyon). **Grosser Kropf bei einem 14jährigen Kind. Thyreodectomie; Heilung. (Volumineux goitre suffocant chez un enfant de 14 ans. Thyreidectomie; guérison.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 28. Mai 1902.*

Es handelte sich um eine parenchymatöse Struma, die die ganze Schilddrüse betraf und tief hinter dem Sternum hinabreichte. Es wurde die totale Thyreodectomie gemacht und nur die Lolonette'sche Pyramide und ein schmales Band am Isthmus stehen gelassen. Das Resultat war sehr gut. Verf. betont die Seltenheit so grosser Strumen im frühen Lebensalter.

PAUL RAUGÉ.

124) **Bérard** (Lyon). **Ein Fall von Struma suffocans. (Sur un cas de goitre suffocant.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 12. November 1902.*

Die Struma bestand bei einem 13jährigen Mädchen seit 2 Jahren; seit ungefähr 3 Monaten traten Erstickungsanfälle auf, die immer häufiger und bedrohlicher wurden. Der rechte, auf die Trachea drückende Lappen ging bis hinter das Sternum hinab. Recurrenslähmung bestand nicht. Angesichts der Situation entschloss sich B., ohne von weiteren Mitteln zunächst Gebrauch zu machen, sofort zur Operation. Diese ging leicht von statten; nur die Blutstillung gestaltete sich etwas mühselig. Die Trachea war noch nicht in ihrer Structur verändert, so dass für die Folge kein Respirationshinderniss mehr bestand.

PAUL RAUGÉ.

125) **R. Q. Sherling** (Melbourne). **Ein ungewöhnlicher Fall von Kropf. (An unusual case of goitre.)** *Intercolonial Medical Journal. 20. Februar 1903.*

Das Ungewöhnliche des Falles bestand darin, dass während der Operation der Struma die Jugularis interna und die Carotis communis weit von einander getrennt lagen, und zwar war die Vene an die Vorderseite des Tumors gedrängt, während die Arterie vor ihm lag.

A. T. BRADY.

126) **Halbron. Gefässkropf. (Goitre vasculaire.)** *Société anatomique. 23. Januar 1903.*

Der Kropf fand sich bei einer 50jährigen Frau. In ihm fand sich eine hämorrhagische Centralpartie mit colloiden Einsprengungen. Unter dem Mikroskop zeigte sich, dass die Geschwulst, an einigen Stellen folliculärer und fibröser Natur, in der Hauptsache gebildet ist von sehr erweiterten Capillaren, deren Rand, ebenso wie das benachbarte Schilddrüsengewebe colloid entartet ist. PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

127) **Garel** (Lyon). **Doppelseitige Recurrenslähmung beim Speiseröhrenkrebs. (Paralysie double des recurrents dans le cancer de l'oesophage.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 30. Mai 1902.*

Verf. hat im Ganzen 6 Fälle von doppelseitiger Recurrenslähmung infolge von Oesophaguskrebs gesehen. Diese Fälle sind grosse Seltenheiten. In einem dieser Fälle trat nach einer Periode der Heiserkeit ganz plötzlich Aphonie ein.

PAUL RAUGÉ.

128) **Paul Wolf. Beiträge zur Aetiologie des Oesophaguscarcinoms.** *Münch. med. Wochenschr. No. 18. 1903.*

Die Theorie von der Entstehung des Speiseröhrenkrebses durch chronische Reizung ist zwar sehr verbreitet, doch nicht völlig unbestritten. W. theilt zwei Fälle mit, welche als Stütze für die Reiztheorie gelten können; in beiden Fällen handelte es sich um Spondylitis deformans, welche als „chronischer Reiz“ auf die Speiseröhre wirkte und Carcinom zur Folge hatte. SCHECH.

129) **Sebileau** (Paris). **Die Oesophagotomia externa beim Kind zur Extraction von Geldstücken. (L'oesophagotomie externe appliquée chez l'enfant à l'extration des pièces de monnaie.)** *Société de chirurgie. 14. Januar 1902*

Verf. hat innerhalb von wenigen Monaten fünf Fälle gesehen, in denen Münzstücke in die Speiseröhre von Kindern geriethen. In zwei von diesen Fällen war S. gezwungen, die Oesophagotomia externa zu machen; alle vier Patienten sind geheilt. Verf. entwickelt seine Ansichten über diese Operation beim Kinde.

PAUL RAUGÉ.

130) **N. Michailow. Zwei Fälle von äusserer Oesophagotomie. (2 slectschaje nerush. esofagot.)** *Wratsch. Gaz. p. 81. 1902.*

In einem Falle handelte es sich um einen verschluckten Knochen, der in der Höhe des Ringknorpels stecken geblieben war. Schmerz, Foetor ex ore, Unmöglichkeit zu schlucken, Fieber. Operation und Heilung.

Der zweite Fall betraf ein 4jähriges Kind, das sich zunächst eine Strictur des Oesophagus zugezogen hatte. An der stricturirten Stelle blieb ein Stück Fleisch stecken. Die Operation verlief glatt. Das Kind fühlte sich wohl. M. liess eine Schlundsonde in der Wunde. Die Mutter gab aber dem Kinde durch den Mund zu trinken. Collaps und Tod durch Suffocation. P. HELLAT.

131) **Serigny** (Marsens). **Eine Modification der Oesophagussonde für die Sondirung des Magens im Allgemeinen und die Sondenernährungen der Geisteskranken im Speciellen. (Modification de la sonde oesophagienne pour le cathéterisme de l'éstomac en général et le gavage des aliénés en particulier.)** *Revue méd. de la suisse rom. No. 1. 1903.*

Da, wo durch zu enge Nasengänge der gewöhnliche Weg unmöglich wird und derjenige durch den Mund gewählt werden muss, versieht S. den gewöhnlichen Ernährungsschlauch mit einem Doppelmandrin, welcher aus einer spiraligen Hülle und einer inneren massiven Stahlsonde von 1 mm Durchmesser gebildet wird und das Hineingleiten durch den oesophago-laryngealen Isthmus ohne Fingerleitung leicht gestatten soll. Sobald die enge Stelle passirt ist, wird der Mandrin herausgezogen. Diese so armirte Ernährungssonde hat ferner den Vortheil des grösseren Lumens, so dass auch halbdicke, breiförmige Nahrung eingeführt werden kann und die Zwangsfütterung nur einmal am Tage vorgenommen zu werden braucht.

JONQUIÈRE.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Broeckaert. Studie über den Nerv. laryng. recurrens; seine normale und pathologische Anatomie und Physiologie. (Etude sur le nerf récurrent laryngé; son Anatomie et sa Physiologie normales et pathologiques.)** II. Theil. La Presse Oto-Laryngol. Belge. No. 1—5. 1903.

Pathologie des Nervus recurrens.

B. beginnt mit dem Semon'schen Gesetz, welches die ganze Pathologie des N. recurrens beherrsche. Das Semon'sche oder vielmehr Semon-Rosenbach-sche Gesetz lasse sich dahin resümiren, dass in allen Fällen unvollständiger organischer Läsion des Recurrens das Stimmband sich in der Medianstellung fixire, während es im Falle vollständiger Zerstörung des Nerven die „Cadaverstellung“ einnehme. Darauf führt er die Semon'sche, schon von Gerhardt und Rosenbach geahnte Theorie zur Erklärung der Medianstellung des Stimmbandes an: Paralyse der Dilatatoren, zu der sich eine secundäre Contractur der Constrictoren gesellt, da die isolirte Posticuslähmung allein diese Stellung nicht hervorzurufen vermag; die constante Prädisposition des Stimmbanderweiterers allein zur Paralyse beruhe auf seiner nervösen und musculären Inferiorität im Vergleich zu seinen Antagonisten. „Die Glottiserweiterer sind verwundbarer als die Glottisverengerer.“

Nach der Krause'schen Theorie ist die Stimmbandstellung der Effect einer primitiven Contractur aller Kehlkopfmuskeln mit vorherrschender Wirkung der Constrictoren über ihre Antagonisten. Nach Erschöpfung aller Larynxmuskeln nehme das Stimmband die Cadaverstellung ein. Nachdem man Krause nachgewiesen, dass seine Theorie in flagrantem Gegensatz zu den gegenwärtigen Anschauungen der Neurologen stehe, habe er, den Recurrens als „gemischten“ Nerven

ansehend, seine Theorie dahin abgeändert, dass er als Basis eine „Reflexcontractur“ aller Kehlkopfmuskeln annehme.

Die Theorie Cohen-Tervaert's, zuerst von Mackenzie aufgestellt, die Adduction des Stimmbandes der Wirkung des Laryng. super. zuschreibend, steht im Widerspruch mit den allgemein angenommenen Regeln bezügl. der Innervation des Kehlkopfs und kann gewisse klinische Befunde absolut nicht erklären, fand daher auch keinen Beifall. Die Broeckaert'sche Theorie von 1897 nimmt eine progressive motorische Paralyse an, welche sich ohne Unterschied auf die Abductoren sowie die Adductoren erstrecke, zuerst die peripheren Nervenenden befalle und zuletzt die centralen. Die erste Consequenz der mechanischen Reizung ist das Hervorbringen einer primitiven Contractur aller Kehlkopfmuskeln, zu der sich eine Reflexcontractur der Constrictoren vermittelst des Laryng. super. und seiner Anastomosen gesellt, wodurch das Stimmband in Medianstellung gespannt werde; später wenn das centrale Ende des Nerven entarte, und dadurch die Intensität der Reflexcontractur verringert sei, trete Entspannung des Stimmbandes und schliesslich Cadaverstellung ein.

Diese Theorie musste B. angesichts des gegenwärtigen Standpunktes in Bezug auf die Anatomie des Recurrens aufgeben.

Ingeniös sei die Wagner'sche Theorie, nach welcher die Medianstellung des Stimmbandes aus einer isolirten Contractur des Musc. crico-thyreoid., der vom Recurrens nicht innervirt wird, resultire und dessen Action allein fortbestehe. Beweis: Die Cadaverstellung des Stimmbandes nach der Section des Laryng. super., nachdem die des Recurrens dasselbe in die Medianstellung versetzt hatte.

Grossmann's Theorie: Die mehr oder weniger hochgradige Adductionsstellung eines vollständig immobilisirten Stimmbandes verräth nicht eine auf den Glottiserweiterer beschränkte Paralyse mit secundärer Contractur der Constrictoren, sondern resultire immer aus einer Totalparalyse des Recurrens. Die mehr oder weniger vollständige Adduction beruhe zum Theil auf der Action des Musc. crico-thyreoid., zum Theil auf dem negativen intrapulmonären Druck, zum Theil auf der Action der äusseren Halsmuskeln und Pharynxconstrictoren. Die Form des Cricoarytaenoidalgelenks, die Neigung der Gelenkoberfläche des Cricoideus üben ebenfalls einen sehr variablen Einfluss auf den Grad der Adduction aus. Nach seinen Experimenten ist die Ausschaltung des Cricoaryt. post. unfähig das Stimmband in der Medianstellung zu fixiren, und ist dieses Stimmband nach der Operation von der Medianlinie weiter entfernt, als nach der Section des Recurrens. Grossmann bestreitet sogar die klinische Existenz der isolirten Lähmung der Stimmbanderweiterer. Später mit Fortschreiten der Recurrensläsion atrophiren die Muskeln und es tritt eine Erschlaffung des Stimmbandes auf, zum Schluss verfällt der Musc. cricothyreoid. selbst in Atrophie aus Nichtgebrauch, gefolgt von einer Glottisdilatation, was aber gar nicht Uebergang in die Cadaverstellung bedeute. Dieser begegne man überhaupt nicht am Lebenden.

Grossmann's Theorie wurde heftig bekämpft insbesondere von Semon, Rosenbach, Fränkel etc. B. wird später in der Frage Stellung nehmen, wenn er das Ergebniss seiner Untersuchungen mitgetheilt habe. Noch andere Autoren — Burger, Grabower, Kuttner und Katzenstein — haben gegen

Grossmann's Theorie die von Semon energisch vertheidigt. Die Arbeit Grossmann's veranlasste ebenfalls eine interessante Polemik bezüglich der Action des Cricoarytaenoid. post. und der des Cricothyreoid.

Während nach den Autoren der Cricoarytaenoid. post. der unentbehrliche Hülfsmuskel für die Inspiration ist, ist der Cricothyreoid. neben seiner Eigenschaft als „Vocalmuskel“ dasselbe für die Exspiration. Vergl. diesbezüglich noch die Arbeiten von Jelenffy, Neumayer, Onodi, Barth.

Grossmann's Theorie fand nur in Réthi und Krause Vertheidiger: letzterer entsagte zu ihren Gunsten seiner früheren Theorie mit der Conclusion: „Dank der Action des Cricothyreoid. bleibt das Stimmband nach Durchschneidung des Recurrens in der Medianlinie fixirt und die totale Recurrenslähmung ist nicht im Stande dasselbe in die Cadaverstellung zu bringen.“

B. macht sich nun an die Prüfung der verschiedenen Probleme und beginnt mit der Verification des Semon-Rosenbach'schen Gesetzes, zuvor versucht er aber die Frage zu lösen:

I. Welche Stellung nimmt das Stimmband ein im Falle der vollständigen Recurrenslähmung?

Zur Lösung dieser Frage sind experimentelle und klinische Belege erforderlich. B. berücksichtigt hier zunächst nur die ersteren, die letzteren verschiebt er auf später.

Er citirt aus der vorlaryngoskopischen Zeit die Experimente von Le Gallois, Boddaert (Gent), ebenso die von Schiff, Stilling, Fowelin, die übereinstimmend sind.

Diese Autoren schon und dann Schech, Frey, Semon, Horsley und andere nahmen an, dass die Recurrensdurchschneidung das Stimmband in die Stellung bringt, welche man als „Cadaverstellung“ bezeichnet, weil sie der am Cadaver beobachteten Stellung entspricht. Im Jahre 1890 veröffentlichte Wagner nun eine sensationelle Arbeit, in welcher er behauptete, dass die Recurrensdurchschneidung immer eine Medianstellung des Stimmbandes bewirke infolge der isolirten Contraction des Cricothyroid. Diese Folgerungen aus den Experimenten Wagner's wurden bestritten von Semon, Katzenstein, Widmer, von Mennig, Zuntz und Onodi; letztere stimmen allerdings nur allein mit der Deutung der beobachteten Thatsachen nicht überein.

Die Wagner'sche Theorie fand einen überzeugten Vertheidiger in Grossmann, welcher im physiologischen Institut in Wien sehr exacte Untersuchungen anstellte. Mittelst eines sehr geistreichen Apparates, welcher demselben gestattete mit mathematischer Genauigkeit bis auf $^1/_{10}$ mm die Entfernung der Stimmbänder von einander zu messen, controllirte dieser die Resultate zahlreicher Experimente und fand, dass die Durchschneidung eines einzigen Recurrens eine bedeutende Verengerung der Glottis verursachte, die, mit dem Laryngometer gemessen, zwischen 2,2 und 3,5 mm wechselte. Die Durchschneidung des Nerven der anderen Seite bewirkte eine noch grossere Verengerung der Glottis, ja dieselbe überstieg noch die, welche auf die einseitige Recurrensdurchschneidung folgt. Kurz gesagt, die Durchschneidung des Recurrens bewirke die Adduction des entsprechenden

Stimmbandes in die Medianlinie, also in eine Adductionsstellung. Die darauf folgende Durchschneidung des N. laryng. sup. führe eine Erweiterung der Glottis herbei. Was die eigentliche Cadaverstellung der Glottis 24 Stunden nach dem Tode anbelangt, so ist sie entschieden weiter, als die der Glottis am lebenden Hunde, welchem beide Recurrentes durchschnitten sind. Daraus schliesst Grossmann: „Die Durchschneidung des N. recurrens bringt das Stimmband nicht in die Cadaverstellung, sondern in eine Adductionsstellung, ja sogar in die Medianstellung".

Gegen diese Behauptungen und Schlussfolgerungen Grossmann's erhoben sich eine Menge von Stimmen (Semon, Rosenbach, Klemperer, Fränkel, Burger, Kuttner und Katzenstein, Grabower). Burger zieht aus seiner Arbeit den Schluss: „Die Medianstellung charakterisirt keineswegs eine vollständige Recurrensparalyse". Diese wurde nur ausnahmsweise bei sehr jungen Thieren nach Durchschneidung des Recurrens beobachtet, hielt aber nie an. Das Stimmband wird unbeweglich in der Cadaverstellung befunden oder einer Stellung, welche sich dieser bedeutend nähert. Nur Krause unterstützt Grossmann und hält daran fest, dass das gelähmte Stimmband sich nicht in Cadaverstellung, sondern in Adductionsstellung befinde, weil es sich jedenfalls viel mehr der Medianstellung nähere, als derjenigen, welche es bei ruhiger Respiration einnehme.

Persönliche Untersuchungen.

A. Experimente am Hunde.

B. theilt von seinen zahlreichen Experimenten 2 ausführlicher mit, die andern bieten die grösste Analogie mit diesen dar.

1. 5jähriger Hund, von mittlerer Grösse; Gewicht 5200 g.

Injection von 0,05 Morphin. Glottisbreite bei ruhiger Athmung 4 mm.

Nach Durchschneidung der rechten Recurrens während einer forcirten Adduction der Stimmbänder weicht das Stimmband unmittelbar von der Mittellinie ab und stellt sich 1 mm von dieser Linie entfernt fest. — Nach Durchschneidung des linken Recurrens wird das linke Stimmband ebenfalls unbeweglich, die Glottispalte ein wenig vorn von den Arytaenoidknorpeln gemessen beträgt nun nicht ganz 2 mm. Tags darauf werden die Stimmbänder unbeweglich und 2 mm von einander entfernt gefunden. Energische Tractionen an der Zunge verursachen Schmerz und man kann einen aphonen Gutturalton wahrnehmen; in diesem Augenblick constatirt man eine leichte Näherung des Arytaenoidknorpel und einen gewissen Grad von Spannung der Stimmbänder, welche aber trotzdem ihre Stellung beibehalten. Nach Tödtung des Thieres ergiebt die Messung am exstirpirten Larynx

Glottisbreite: 2,5 mm = 14 ^{0}
Länge des Glottisligament = 10,5 mm
Totale Glottislänge = 15 mm.

2. Hund von 6100 g Körpergewicht.

Injection von 0,05 Morphin. Chloroformnarkose behufs Isolirung der Nn. recurrentes und Laryng. sup.; darauf Aussetzen der Narkose.



Glottisweite bei ruhiger Athmung = 4 mm
„ „ tiefer forcirter Athmung = 6 mm
„ nach Durchschneidung des linken Recurrens = 2,8 und 3 mm
„ „ „ „ rechten „ = 2,1 m = 12°.

Beim Klemmen des Ohres verengerte sich die Glottis um 1 mm.

Die Durchneidung der Nn. laryng. sup. bewirkte Immobilisation der Aryknorpel und leichte Dislocation der Glottis; Glottisbreite = 2,4 mm.

Nach Klemmen des Ohres verengerte sich die Glottis ein wenig vermittelst der Action der Pharynxconstrictoren.

Glottisweite, Cadaverstellung (unmittelbar nach dem Tod) = 3 mm = 17°
„ „ nach 6 Stunden: Todtenstarre = 2,7 „ = 15°

Länge der Glottis ligamentos. 11 mm.
Totallänge der Glottis 17 mm.

B. Experimente am Pferd.

Altes grosses Pferd. Bloslegung der Nn. recurrentes; Incision der Membr. crico.-thyr. für die directe Beobachtung der Stimmbänder. Bei jeder tiefen Inspiration erweitert sich die Glottis im Niveau der Basis der Glottis ligament. um 2 cm.

Das Ausreissen des linken Recurrens ist unmittelbar von Unbeweglichkeit des Stimmbandes gefolgt; desgleichen auf der andern Seite.

Das Thier ist nicht mehr im Stande seine Stimmbänder zu nähern und können nur noch ganz unbedeutende Bewegungen der Aryknorpel wahrgenommen werden.

Glottisweite = 9—10 mm.

2 Tage nach Tödtung des Pferdes und Exstirpation des Kehlkopfs:

Glottisweite . . . . = 11 mm
Länge der Glottis ligament. = 45 „
Länge der Totalglottis . . = 90 „

C. Experimente am Kaninchen.

B. giebt nicht viel auf das Experiment am Kaninchen. Er überzeugte sich bei seinen Experimenten, dass die Durchschneidung der Recurrentes nach vorausgegangener Eröffnung der Trachea die Glottis immobilisirt, so dass ihr Klaffen deutlich in die Augen springt. Das Resultat stimmt mit dem am Hunde und am Pferde gewonnenen überein.

Aus seinen Untersuchungen geht hervor, dass die Durchschneidung der Recurrentes eine Verengerung der Glottis und die Immobilisirung beider Stimmbänder zur Folge hat. Das ist Meinung aller derer, welche analoge Experimente vorgenommen haben. Die hauptsächlichste Quelle der Schwierigkeit betreffs der Interpretation der Stellung der gelähmten Stimmbänder („Cadaverstellung = Semon; Medianstellung = Wagner; starke Adductionsstellung = Grossmann; transitorische Medianstellung gefolgt von definitiver Cadaverstellung = Onodi), liegt nach B. offenbar in der grossen Variabilität der Weite der Cadaverstellung der Glottis. Dieselbe differirt zwischen 1,4 mm und 11 mm. Diese Maasse müssen nothwendiger Weise variiren je nach Gattung, Alter und Entwicklung des Versuchsthieres und ist nicht zu verwundern, dass Experimente an sehr

kleinen jungen Thieren eine äusserst kleine Glottisweite ergeben. Ein weiterer Fehler liegt darin, dass man als alleiniges Maass der Glottisweite nur ihre Breite in Millimetern angiebt, während man mit Stillschweigen die Länge der Stimmbänder, die Länge der Glottisligamente und cartilag. übergeht. Da die ligamentöse Glottis am Cadaver die Form eines gleichschenkeligen Dreiecks mit hintere Basis bildet, genügt es nicht das Maass der Basis zu kennen, um die Dimension derselben würdigen zu können, man muss auch über die Höhe des △ und über den Grad der Weite eines dieser Winkel Aufschluss geben. B. misst daher die Basis und die Höhe des △ und ermittelt so den Grad der Entfernung der Stimmbänder: er giebt also in Graden den Glottiswinkel an.

Vor Allem muss nun die Cadaverstellung nach Verschwinden der Todtenstarre genau festgestellt werden. Nach Semon beträgt dieselbe für die menschliche Glottis nach sehr exacten Messungen zwischen 6 mm Maximum und 3,5 mm Minimum.

Diese Zahlen nähern sich denen Burger's: äusserste Grenze 6,5 mm und 5 mm; Mittel: 4,3 mm.

Wichtig sind die Modificationen (Burger), welche die Glottis unter dem Einfluss der Todtenstarre erleidet, und mit Unrecht sprechen die Mehrzahl der Beobachter von Cadaverstellung bei kurz erfolgtem Tod (nach einigen Stunden), so Katzenstein.

Grossmann und Burger sind die einzigen, welche präcise Indicationen bezügl. des Aussehens der Cadaverstellung am Hunde angeben. Grossmann fand 24 Stunden nach dem Tode = 2,5 mm. Burger hat bedauerlicher Weise seine Messungen eine Viertelstunde nach dem Tode vorgenommen und hat man allen Grund, anzunehmen, dass das Aussehen der Glottis in diesem Augenblicke schon differiren konnte mit dem, welches in Wirklichkeit der Cadaverstellung entspricht. Die Zahlen Burger's sind übrigens ein Beweis dafür, indem er in der Mehrzahl der Fälle nach dem Tode weit engeres Glottisbild vorfand, als nach der experimentellen Durchschneidung der 4 Larynxnerven am Lebenden.

Die Glottisweite variirt in seinen Versuchen zwischen 1,6 mm und 4,6 mm, also im Mittel 3,1 mm.

Unleugbar erschüttern somit gewisse Fehlerquellen die Ueberzeugung, welche man aus dem Studium der meisten Statistiken gewinnen könnte.

B. lässt nun eine persönliche Statistik über die Dimensionen und das Aussehen des Larynx nach dem Tode bei einigen Thieren und beim Menschen folgen:

Messungen der Cadaverstellung der Glottis:

A. Des Hundes.
B. Des Pferdes (nach 48 Stunden).
C. Des erwachsenen Menschen.

Bei allen hat die Messung des Glottiswinkels beinahe immer übereinstimmende Resultate ergeben. Wenn man einige Elemente, welche den Beobachter irre führen können, abzieht, so kann man sagen, dass die Cadaverstellung im Mittel einem Winkel von 15° entspricht. Diese neue Feststellung scheint von dem Autor definitiv gewonnen zu sein, und beweist ihm, dass die schreckliche Con-

fusion hinsichtlich der Experimente und Folgerungen, welche man daraus gezogen, einzig und allein auf einer falschen Interpretation der Wirklichkeit beruhe.

Weitere Ursachen, welche die Stellung der Stimmbänder nach Durchschneidung des Recurrens modificiren können, liegen im Gebrauch der Anästhetica und an der Rarefaction der Intratrachealluft. Beides lässt sich vermeiden, indem man die Resultate ohne Anwendung jedes Anästheticums und nach einfacher Eröffnung der Trachea prüft. Nach Beobachtung dieser Maassregeln ergab die Recurrensdurchschneidung, abgesehen von einem vorübergehenden Adductionsspasmus, welchen B. manchmal bei kleinen Thieren beobachtete, eine Immobilisirung der Stimmbänder in einer Stellung, welche mehr oder weniger von der Mittellinie entfernt ist mit Verengerung der Glottis, die immer bedeutend enger ist, als bei ruhiger Respiration. Nach doppelseitiger Durchschneidung des motorischen Nerven verzeichnete er immer einen kleineren Glottiswinkel als am Cadaver; derselbe betrug am Lebenden durchschnittlich 12°. Es ist demnach festgestellt, dass die Recurrensdurchschneidung das Stimmband der Medianlinie nähert, aber nicht ganz dahin bringt; das paralytische Stimmband bleibt immer mindestens 5° davon entfernt. Es ist daher inexact zu sagen, dass das Stimmband die Medianstellung einnehme nach Durchschneidung des N. recurrens, ebenso wenig handelt es sich um eine Cadaverstellung und nur nach Durchschneidung der Nn. recurrentes und laryng. sup. erhielt B. einen Glottiswinkel, welcher dem merklich gleich ist, welchen man am Cadaver constatirt. Auf der andern Seite möchte er die Stellung auch nicht mit Grossmann als „Adductionsstellung" bezeichnen, weil das Stimmband in Bezug auf die Medianlinie eher in Abduction steht. Er schlägt daher vor, die alte Bezeichnung „Cadaverstellung" mit der von „Intermediärstellung" zu vertauschen, welche ganz einfach angiebt, dass das Stimmband sich in einer zwischen Phonation und tiefen Inspiration gelegenen Stellung immobilisirt befindet, und den Namen „Erschlaffungsstellung" (Position de relachement) der Stellung beizulegen, welche das Stimmband bei vollständiger Paralyse einnimmt, d. h. wenn zu gleicher Zeit die Action der Nn. laryng. sup. aufgehoben ist.

II. Welche Stellung nimmt das Stimmband im Falle incompleter Recurrenslähmung ein?

Dieses Problem wurde durch Semon formell dahin erledigt, dass „jede partielle Recurrenslähmung das Stimmband in die Medianstellung versetze".

B. macht sich an die Verification dieser These und an die Prüfung der experimentalen und klinischen Ergebnisse, welche das Semon'sche Gesetz begründen:

Experimentelle Ergebnisse:

B. beginnt mit dem Krause'schen Experiment von 1884, controlirt von Masini; nach diesen Autoren wird das Stimmband in die Medianstellung versetzt, dank des Reizes, welchen der Fremdkörper auf den Recurrens ausübt. Die künstliche Compression bringt den gleichen Effect hervor, wie die electrische Reizung und die Medianstellung explicire sich aus der vorherrschenden Action der Con-

strictoren. Das Krause'sche Experiment hat viel an Werth verloren, seitdem dieser Autor seine Experimente wieder vorgenommen und zu abweichenden Resultaten gelangt ist. Krause, die Grossmann'sche Theorie adoptirend, bemerkte, dass seine Experimente von früher in Opposition standen mit den neuen experimentellen Formeln und erbringt nun in einer neuen Schrift eine Reihe von Experimenten zur Rechtfertigung der Evolution seiner Ideen. Sein neues Experiment bestätigt ihm, dass „die mässige experimentelle Compression des Recurrens die Immobilisation des Stimmbandes in der Medianstellung zur Folge habe“ und als wichtigen Punkt: „das so erhaltene Glottisbild verändere sich nicht mehr nach Durchschneidung des Recurrens“ also ein Widerspruch zu seinen früheren Schlüssen, nach welchen die Compression des Recurrens von einer vollständigen Paralyse in „Cadaverstellung“ gefolgt war nach einer vorübergehenden Adduction. Ferner haben Fränkel und Gad eine unvollständige Recurrensläsion durch progressive Refrigeration des Nerven mittelst eines Kälte bewirkenden Gemisches hervorgebracht, im Grunde also eine ingeniösere Application der alten von Hooper angewandten Aethermethode, welcher dabei die Annäherung des entsprechenden Stimmbandes an die Mittellinie beobachtet, aus welcher Stellung es nur nach totaler Paralyse des motor. Nerven abwich.

Gad und Fränkel beobachteten als erste Consequenzen: die Paralyse der Fasern der Glottiserweiterer und nach vollständiger Erstarrung die Immobilisation des Stimmbandes in Cadaverstellung, wie nach Durchschneidung des Recurrens. Während die Mehrzahl der Experimentatoren zu der gleichen Folgerungen gelangten, nahm Grossmann die Versuche wieder auf und gelangte zu Resultaten in flagrantem Gegensatz zu den vorigen, indem er fand, dass bei langsamer Abkühlung des Nerven die Adduction sowohl wie die Abduction an Energie verliere, und je länger die Abkühlung sich hinziehe, um so näher rücke das Stimmband an die Mittellinie heran, und bleibe in dieser Stellung fixirt wie nach Durchschneidung des Nerven.

Fränkel hält seine Schlüsse aufrecht nach nochmaliger Wiederholung seiner Versuche: Die Refrigerationsmethode stehe nicht nur nicht in Opposition zum Semon'schen Gesetz, sondern beweise noch einmal mehr dessen „vollständige Exactheit“.

Persönliche Untersuchungen:

A. Controle des Krause'schen Experiments:

B. hat 3 mal mit Erfolg das Krause'sche Experiment wiederholt und die unleugbare Thatsache constatirt, dass „die Stellung, welche das Stimmband, dessen Nerv einem mässigen Druck ausgesetzt ist, einnimmt, verschieden ist von der des Stimmbandes, dessen Nerv durschnitten ist“. Beweis: unmittelbar nach Durchschneidung des comprimirten Nerven weicht das Stimmband ab und nimmt definitiv eine mit dem andern Stimmband (dessen Recurrens durchschnitten) symmetrische Stellung ein.

Schluss: 1) die mässige Compression des Recurrens kann die Immobilisirung des entsprechenden Stimmbandes in einer der Medianlinie sehr nahegerückten Stellung zur Folge haben;

2) die consecutive Zerstörung des Nerven hat zur Folge die Entfernung des Stimmbandes aus dieser Adductionsstellung und seine Immobilisirung in einer Intermediärstellung zwischen Phonation und Respiration.

B. Refrigeration des Recurrens nach der Methode von Gad und Fränkel.

B. machte die Versuche von Gad und Fränkel nach mit gewissenhafter Beobachtung der Technik dieser Autoren und gelangte zu folgenden Resultaten:

1) die partielle und progressive Refrigeration des Recurrens kann die Immobilisirung des entsprechenden Stimmbandes in einer der Medianlinie sehr nahe gerückten Stellung zur Folge haben und

2) die Totalrefrigeration bringt den gleichen Effect hervor, als wie die einfache Durchschneidung des Nerven d.h. das entsprechende Stimmband wird immobilisirt in einer Intermediärstellung zwischen Phonation und Respiration.

Klinische Belege:

Aus der Betrachtung klinischer Fälle, von denen B. einige anführt, resultirt, dass man im Verlaufe von Recurrenslähmungen, sei es peripheren, sei es bulbären Ursprungs, das Stimmband immobil in oder nahe an der Mittellinie beobachten kann. In der Mehrzahl der Fälle fand sich das Stimmband in einer gewissen Entfernung von der Mittellinie. Die complete Adduction scheint eine wahre Seltenheit zu sein.

Weitaus in der Mehrzahl der Fälle steht das befallene Stimmband immobil in einer Intermediärstellung zwischen Phonation und Respiration. Die Glottisbreite beträgt einige Grade, und in einigen Beobachtungen von bilateraler Paralyse betrug sie 4 mm und mehr. Ein ander Mal nimmt das immobilisirte Stimmband die Medianstellung oder nahezu dieselbe ein, wodurch, wenn die Affection doppelseitig ist, heftige Respirationsbeschwerden resultiren. Es handelt sich daher um zwei verschiedene Glottisbilder, welche man nicht verwechseln kann und deren Pathogenese in Kurzem besprochen werden soll.

Diese Bestätigung genügt aber noch nicht zur Begründung der Semon'schen Lehre, und muss daher noch untersucht werden,

1) ob jede partielle organische Läsion der Centren oder Nervenstämme immer ohne Ausnahme eine Adduction des Stimmbandes hervorbringt;

2) ob in der That die anatomopathologische Untersuchung bestätigt, dass die Immobilisation des Stimmbandes in der Medianstellung von einer incompleten Recurrenslähmung herrührt.

1. Bringt jede partielle organische Läsion der Centren oder der Nervenstämme immer eine Adduction der Stimmbänder hervor?

Durch die Betrachtung der veröffentlichten klinischen Fälle, welche B. bezüglich der Primärparalyse der Abductoren anführt, glaubt er sich zu dem Schlusse berechtigt, dass man „im Verlaufe gewisser Bulbäraffectionen dem Bilde der Parese oder Paralyse der Abductoren begegnen kann d. h. der Verminderung oder vielmehr Aufhebung der Bewegungen des äussersten Auseinanderweichens der Stimmbänder während der forcirten Inspiration mit Erhaltung der Adductionsbewegungen. Was nun die Posticuslähmungen peripheren Ursprungs nach Aus-



schluss der Glottislähmungen cerebralen Ursprungs anbelangt, so resultirt aus der bibliographischen Betrachtung, welche B. über die veröffentlichten Fälle anstellt, dass die reinen Posticuslähmungen, welche man bei peripheren Recurrenslähmungen häufig anzutreffen vermuthen durfte, im Gegentheil sehr selten sind, ja er wage auch zu behaupten, dass überhaupt unanfechtbare Beobachtungen veröffentlicht wurden. Er hat, ohne übrigens deren Existenz leugnen zu wollen, keine einzige Beobachtung machen können, wo die isolirte Paralyse der Abductoren mit absoluter Integrität der Abductoren ausser allem Zweifel gewesen wäre. Ein einziger analoger durch die nekroskopische Controlle als exact bestätigter Fall habe in seinen Augen einen grösseren Werth als eine Menge rein klinischer Fälle, bei welchen man sich meist mit einem mehr oder weniger symptomatischen Ungefähr begnügen müsse. Deshalb ist es interessant die Ergänzungen festzustellen, welche das Experiment dazu liefert.

Experimentelle Ausschaltung des Cricoarytaenoid. postic.

Bei einem kurzen historischen Ueberblick über die Experimente der verschiedenen Autoren sieht man, dass dieselben nur in einem Punkte mit einander übereinstimmen, d. h. darin, dass die experimentelle Elimination des Cricoarytaenoid. postic. eine Verminderung der respiratorischen Bewegungen des entsprechenden Stimmbandes zur Folge hat. Die einen wie Grossmann, Kuttner und Katzenstein sprechen von ziemlich ausgiebigen Bewegungen, während andere wie Grabower, Klemperer, Burger von bedeutend beeinträchtigten Bewegungen sprechen. Die Meinungsverschiedenheit ist noch viel grösser bezüglich der Frage, ob die experimentelle Elimination dieses Muskels für sich allein im Stande ist, das Stimmband zu immobilisiren: Grossmann, Kuttner und Katzenstein sagen „Nein“, Klemperer, Grabower und Burger sagen „Ja“, freilich nur nach vollständiger Zerstörung beider Abductoren; nach Klemperer ist die Fixation des Stimmbandes in der Mittellinie vorübergehend und nur momentan.

B. hat nun mit grosser Sorgfalt nach dem Verfahren von Grossmann persönliche Untersuchungen angestellt und theilt zwei seiner Experimente ausführlicher mit:

A. Elimination des linken Cricoarytaenoid. postic. Elimination des rechten Cricothyreoideus. Durchschneidung des rechten Recurrens. Durchschneidung des linken Recurrens.

Hund mittlerer Grösse. Gewicht 4 Kilo 100 g.

Exstirpation des linken Cricoarytaenoid. postic.: Bei der Inspiration überschreitet das linke Stimmband nicht mehr die Stellung, welche ungefähr der Cadaverstellung entspricht; die sonstigen Bewegungen sind erhalten. Die Exstirpation des rechten Cricothyreoideus bringt daraufhin keine bemerkenswerthe Modification der Glottis hervor.

Die Durchschneidung des rechten Recurrens fixirt das Stimmband immobil in der Intermediärstellung, während das linke bei der Inspiration abweicht.

Die Durchschneidung des linken Recurrens immobilisirt das Stimmband in der gleichen Stellung, wie das rechte. Es existirt nur mehr noch die Action des

linken Cricothyreoideus; diese ist aber nicht im Stande, das Stimmband in die Medianlinie zu bringen.

Die Untersuchung unmittelbar nach dem Tode ergiebt:

Glottisbreite 2,3 mm = 15″,
Länge der Glottis ligam. = 8 mm,
" " Totalglottis = 13 mm.

B. Elimination der beiden Mm. cricoarytaenoid. post. Naht der Trachea. 6 Pfd. schwerer Hund.

Nach Exstirpation beider Cricoaryt. post, bewegen sich die Stimmbänder noch immer und bei der Inspiration treten sie ca. 3 mm auseinander. Bei Hervorrufen einer starken Dyspnoe, wenn das Thier tiefe Inspirationen machen will, überschreiten die Abductionsbewegungen noch die zuvor beobachteten. Nur nach Auslösung heftiger phonatorischer Bewegungen tritt Athemlosigkeit ein und zeigt sich ein deutlich wahrnehmbarer Stridor.

Conclusion: Die experimentelle Zerstörung des Cricoaryt. post. ist nicht im Stande für sich allein das Stimmband zu immobilisiren; dieses büsst nur seine äussersten Abductionsbewegungen ein.

Die experimentelle Zerstörung der Mm. cricoarytaen. post. bewirkt selbst nach Monaten nicht eine Fixirung der Stimmbänder durch permanente Adductorencontractur; die Stimmbänder conserviren, wenn auch mit geringerer Intensität, ihre Respirationsbewegungen.

Die Folgerung aus dem Semon'schen Gesetz, dass die Paralyse der Erweiterer immer die Fixirung der Stimmbänder in der Medianstellung nach sich ziehe, bewahrheitet sich somit nicht durch das Thierexperiment, obgleich man nach den klinischen Beobachtungen annehmen sollte, dass eine incomplete Recurrenslähmung das Stimmband oft in der Medianlinie fixirt.

Diese Hypothese wird aber zur Wirklichkeit, wenn die anatomo-pathologischen Resultate, welche noch zu untersuchen sind, die mit dem Laryngoskop constatirten Thatsachen bestätigen!

Die Primärparalyse der Adductoren, herrührend von gewissen uncompleten organischen Läsionen der Recurrens-Centren oder Stämme, welche man dem Semon'schen Gesetz entgegenhält, kommen ohne Zweifel vor, bilden aber, wenn man die massenhafte Literatur aller Kehlkopflähmungen durchmustert, eine sehr beschränkte Anzahl. Da die phonatorischen und respiratorischen Centren im Bulbus getrennt vorhanden sind, kann wohl jedes dieser Centren für sich ergriffen sein. Immerhin ist das Bild der Constrictorenlähmung im Verlauf von Bulbäraffectionen kaum beobachtet worden und die wenigen mitgetheilten Fälle leiden an der Abwesenheit der nekroskopischen Controlle. Es bedarf daher noch der Constatirung neuer Facten mit nekroskopischer Controlle um ihre Existenz definitiv proclamiren zu können.

2. Gestatten die anatomo-pathologischen Untersuchungen, zu behaupten, dass die Immobilisation eines Stimmbandes in Medianstellung einer incompleten Recurrenslähmung zuzuschreiben ist?

A. Anatomo-pathologische Untersuchungen von Fällen mit incompleten Recurrensläsionen bulbären Ursprungs:



1. und 2. Fall von Semon; 3. Fall von Eisenlohr; 4., 5. und 6. Fall von Oppenheim; 7. Fall von Krause; 8. Fall von Saundby; 9. Fall von Schlesinger; 10. Fall von Gruier; 11. Fall von Schulz; 12. Fall von Koschier.

B. Anatomo-pathologische Untersuchungen von Fällen incompleter Recurrensläsionen peripheren Ursprungs:

1. Fall von Riegel; 2. Fall von Gerhardt; 3., 4., 5., 6., und 7. Fall von Mackenzie; 8. Fall von Penzoldt; 9. Fall von Sommerbrodt; 10., 11., 12., 13. und 14. Fall von Semon; 15. Fall von Wipham; 16. Fall von Taylor; 17. und 18. Fall von Duvening; 19. Fall von Havilland Hall; 20. Fall von Gouguenheim; 21. Fall von Onodi, 22. Fall von Jörgen Möller.

Bevor B. einen kritischen Ueberblick über diese pathologischen Fälle giebt, lässt er sich angelegen sein, noch gewisse Beobachtungen von vollständigen Laryngoplegien mit anatomo-pathologischen Belegen mitzutheilen, die den Vortheil darbieten, in die Debatte einige neue Gesichtspunkte einzuführen.

C. Anatomo-pathologische Untersuchungen in Fällen von Recurrensläsionen:

Da das Studium der muskulären und nervösen Läsionen in Fällen von completer Recurrensparalyse vom pathogenen Gesichtspunkt aus ein geringeres Interesse darbietet, als das der anatomo-pathologischen Alterationen im Gefolge von partiellen Recurrensparalysen, so theilt der Autor nur einige der interessantesten Beobachtungen mit unter Hinzufügung eines von ihm persönlich beobachteten, noch nicht der Oeffentlichkeit übergebenen Falles:

1. Fall von Rosenbach; 2. Fall von Brieger; 3. Fall von Neumann; 4. Fall von Herzfeld; 5. Fall von Mygind; 6. Fall von Friedrich; 7. noch nicht veröffentlichter Fall von Broeckaert:

Rechtsseitige Recurrensparalyse bedingt durch einen Schilddrüsentumor:

Voluminöser, nach aussen von der Mittellinie gelegener höckeriger Tumor bei einer 54jährigen Frau, den Kehlkopf nach links verdrängend, nach hinten bis an die Nackenmuskeln sich ausdehnend und nach unten bis hinter die Clavicula reichend.

Laryngoskopische Untersuchung: Die Epiglottis richtet sich nur bei tiefer Inspiration auf, oder beim Hervorbringen eines e' + d; sie weicht nach links ab; ihre rechte Hälfte scheint gelähmt und gesenkt. Der linke Aryknorpel und das linke Stimmband machen normale Bewegungen; bei forcirter Inspiration erreicht das Stimmband die Grenze der äussersten Abduction und überschreitet bei der Phonation die Mittellinie, ohne jedoch mit dem gegenüberliegenden Stimmband in Contact zu treten.

Das rechte Stimmband ist vollständig immobil, und abseits von der Mittellinie in der Intermediärsstellung fixirt; sein freier Rand ist concav. Der Aryknorpel dieser Seite überragt den der anderen Seite nach vorne und befindet sich nicht mit letzterem in der gleichen Ebene, bei der Phonation lässt der rechte Aryknorpel eine sehr geringe Bewegung erkennen, während das Stimmband seine absolute Unbeweglichkeit einhält. Im Uebrigen verhält sich der Kehlkopf normal.

Diagnose: Vollständige rechtsseitige Recurrenslähmung in Folge von Compression des Pneumogastr., des Recurrens oder beider Nerven zugleich durch einen Schilddrüsentumor.

Die Untersuchung desKehlkopfs und des Tumors unmittelbar nach dem Tode ergab: Rechter Recurrens vollständig eingebettet in eine Kette hypertrophischer Drüsen; schon bei blossem Auge verräth derselbe tiefe Structurveränderungen; trotz der engen Verwachsungen gelang es, den den Posticus versorgenden Nervenast zu verfolgen, makroskopisch zeigt sich der Posticus bedeutend reducirt und viel blässer als der der andern Seite. Der Crico arytaenoid. lateral. scheint sehr atrophisch ebenso wie der rechte Thyroearytaenoid.; diese Muskeln sind bedeutend verdünnt, haben eine andere Farbe als die correspondirenden gesunden Muskeln der andern Seite. Man bemerkt noch eine deutliche Alteration des rechten M. aryepiglott., dagegen sind beide Crico-thyreoid. und der M. interarytaen. intact.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt: Sehr intensive Atrophie der Mm. thyreoaryt. und cricoaryt. lateral. mit Erhaltung der Querstreifung der Muskelfasern; auf den Querdurchschnitten haben die meisten Fasern ihre regelmässigen Contouren eingebüsst; Kernvermehrung existirt, ist aber nicht sehr in die Augen springend; bei der genauen Untersuchung der Schnitte bemerkt man eine ausgesprochene fibroide Metamorphose. Anders die Fasern des Cricoarytaen. post., dieselben sind atrophisch mit hyperplastischen Kernen, aber die plasmodiale und celluläre Rückbildung und Bindegewebstransformation bilden eine Ausnahme; die Fasern erscheinen einfach atrophisch und zusammengedrängt.

Die histologische Untersuchung der Kerne zeigt den Nervenstamm, sowie jeden abzweigenden Nervenast in vorgeschrittener Waller'scher Degeneration begriffen. Es steht fest, dass der hintere Ast in Bezug auf Läsionen nicht bevorzugt ist vor dem Stamme und den Adductorenästen. Die Läsionen sind überall gleichmässig und scheinen relativ frisch zu sein.

Aus der Betrachtung des Gesammtbildes dieser anatomo-pathologischen Befunde kann man den Schluss ziehen, dass eine incomplete Recurrensläsion sich laryngoskopisch durch die Immobilität des Stimmbandes in der Medianstellung kennzeichnen lässt und man kann mit Semon behaupten, dass gewisse centrale und periphere Recurrensläsionen die Fixation des Stimmbandes in Medianstellung zur Folge haben. Von dem Augenblick an, wo der Nerv total zerstört ist, nimmt das Stimmband nicht mehr die Medianstellung, sondern die Intermediär (Cadaver-) stellung ein.

Wenn auch diese ersten Sätze des Semon'schen Gesetzes dem Autor als absolut erwiesen erscheinen, so fragt es sich, ob es sich auch so mit dem Corollargesetze verhält, welche das paradoxale Factum aufzeichnet, dass in Folge jeder partiellen Läsion des Recurrens und seines Centrums die Function der Dilatatoren immer zuerst ergriffen sei? — Damit tritt er mitten in die Debatte und hier liegt, wie Deygas sagt, das wahre Fundament der Semon'schen Theorie und der Schlüssel zum Gewölbe, in dem ein einziger Riss genüge, um das ganze Gebäude zu erschüttern! — Die Lösung dieses Problems stösst auf die grösste Schwierigkeit, weil die meisten Autoren sich mit dem Studium des makroskopischen Anblicks

der Muskeln begnügt haben, ohne auf die mikroskopischen Alterationen einzugehen, bei welchen man einen strengen Unterschied zwischen einfacher und degenerativer Atrophie machen muss. Die Degeneration kann ohne Atrophie bestehen. Der atrophische Process ist direct von der Nervenalteration abhängig, während die Degeneration die Consequenz einer Intoxication oder einer Infection mit toxischen oder infectiösen Elementen ist. Wegen der enormen Wichtigkeit dieser Erscheinungen hat B. einschlägige eigene Untersuchungen angestellt, um diese theoretischen Voraussetzungen experimentell zu prüfen:

Die trophischen Störungen, wie sie nach Section des N. laryng. inf. beim Kaninchen auftreten, hat der Autor im ersten Theil seiner Arbeit schon mitgetheilt: manifeste einfache Atrophie des Thyreoarytaenoid. ext. der entsprechenden Seite; selbst nach mehreren Wochen konnte er keine fettige Degeneration in irgend einem der übrigen Larynxmuskeln nachweisen.

Um nun herauszufinden, welche Kehlkopfmuskeln vom Kaninchen den Toxinen gegenüber den geringsten Widerstand leisten und demzufolge am leichtesten und schnellsten degeneriren, hat er diphtherisches Toxin in verschiedenen und wiederholten Dosen in die Peritonealhöhle eingespritzt. Nach wenigstens 2 Wochen Ueberlebens wurden die Thiere mit massiven Toxindosen vergiftet und die Untersuchung ergab eine Abnahme im Volumen und der Zahl der quergestreiften Muskelfasern des Thyroaryt. extern.: beinahe bei keinem einzigen Kaninchen begegnete er irgend welchen trophischen Störungen der übrigen Kehlkopfmuskeln, und nur in einem Falle boten auch die übrigen Muskeln, insbesondere der Thyreoaryt. int. einen sehr wenig ausgesprochenen Grad von Atrophie dar. Bei sehr starker Vergrösserung bot die Muskelzelle ganz den Charakter einer fettigkörnigen Entartung dar und diese fand sich in allen Kehlkopfmuskeln und zwar auf beiden Seiten, also ebenso gut in den in Atrophie begriffenen Muskelfasern als in den in voller Activität befindlichen. — Aus seinen Experimenten gehe daher hervor, dass man logisch einen absoluten Unterschied zwischen einfacher Atrophie und degenerativen Vorgängen machen müsse. Wenn man nun aufmerksam alle Beobachtungen über Recurrensläsionen mit mikroskopischem Befunde durchmustere, so sei man frappirt durch die Unzulänglichkeit, wenn nicht aller, so doch der meisten derselben und da eine Beobachtung nicht den Anspruch auf Vollständigkeit machen könne, wenn nicht zu gleicher Zeit ein jeder der Nervenäste untersucht werde, so wage er zu behaupten, dass nicht eine einzige klinische Beobachtung existire, welche allen diesen Forderungen entspricht. Sogar die Fälle von Onodi und Koschier seien nicht einwandsfrei: ebenso wenig die Beobachtungen von Prof. Friedrich; kurz, aus dem Studium dieser Fälle und nach den Bemerkungen darüber gehe hervor, dass das Gesetz von der Lähmung der Erweiterer, einer Folgerung aus dem Semon'schen Gesetz, noch lange nicht bewiesen sei, wenigstens, was die Paralysen peripheren Ursprungs anbelangt. Ohne den Documenten, welche er selbst mit Hinweis auf ihre gemeinsamen Eigenschaften mit dem Fall von Jörgen Möller, „einer sogenannte Posticuslähmung", beigebracht, einen besonderen Werth beilegen zu wollen, hielt sich B. vorläufig in dieser Frage in den Grenzen weiser Reserve, bis sie durch zahlreiche Beobachtungen eine definitive Sanction erhalten hatte.

Wenn nun auch das Gesetz von der primären Lähmung der Erweiterer peripheren Ursprungs dem Autor nicht bewiesen erscheint. so giebt er doch mit Semon zu, dass gewisse Bulbärläsionen, welche die Medianstellung des Stimmbandes veranlassen, bei der Autopsie ausschliesslich auf den Erweiterer beschränkte Störungen darboten. Den Beweis dafür erbringen Semon's anatomopathologische Präparate und das Studium früher besprochener analoger Fälle. Uebrigens habe die Existenz des Gesetzes von der primären Abductorenparalyse nichts Ueberraschendes, da die beiden Acte, der der Phonation und der der Respiration, von einander getrennt im Bulbus vertreten sind, und diese „paralytische Selection“ sich bei der Mehrzahl cerebrospinaler Läsionen vorfindet.

Sind die Glottiserweiterer verwundbarer als die Glottisverengerer?

B. geht zuerst auf die Theorie der verschiedenen Autoren (Rosenbach, Semon) ein, welche, um die „constante Paralyse der Dilatatoren zu erklären, den Satz aufstellen, dass die Glottiserweiterer viel schwächer und verwundbarer seien, als die Verengerer. Er bespricht dann die Theorien von Gowers, Rosenbach, Tissier, Gagney; sodann die von Morell Mackenzie, Onodi, Hooper, Semon und Horsley. Da diese rein speculativen Gesichtspunkte dem Autor für die Erklärung obiger Erscheinungen nicht genügen, so nimmt er seine Zuflucht zum Experiment. — Die Eperimente von Onodi und Risien Russell erweisen, dass die im Recurrens enthaltenen Fasern der Erweiterer schneller ihre elektrische Erregbarkeit einbüssen, als die der Verengerer. Aehnliche zuerst von Jeanselme und Lermoyez, später von Semon und Horsley gemachten Versuche haben desgleichen dargethan, dass die postmortale elektrische Erregbarkeit der Dilatatoren zuerst eingehe. Diese Resultate wurden von Onodi bestätigt, welcher auf das frühzeitigere Absterben des Respirationmuskels zu schliessen kommt. Die von B. persönlich angestellten Experimente ergeben das gleiche Resultat, d. h. geringere Widerstandsfähigkeit des Erweiterers und frühzeitiges Verschwinden der Erregbarkeit des N. cricoaryt. poster. als der des Adductorenbündels. Die neuesten Untersuchungen von Frese gehen dahin, die ungleichmässige Vulnerabilität der Nervenfasern des Recurrens zu beweisen und er constatirte, dass die für die Adductoren bestimmten Nervenfasern ihre elektrische Erregbarkeit schon eingebüsst hatten, wenn die für die Abductoren noch perfect reagirten. Dieser Autor beobachtete, dass Curare die Paralyse der Adductoren vor der der Abductoren herbeiführte. Jedenfalls geht aus allen diesen Experimenten hervor, dass die Constrictoren, wenn sie auch den morbiden Einflüssen länger widerstehen, als die Dilatatoren, doch letztere nur wenig Minuten überleben, während man doch nach gewissen klinischen Facten annehmen müsse, dass im Falle einer Recurrensläsion die neuromusculäre Adductionsgruppe allein Monate, ja Jahre lang intact bleibt; eine so tiefe vitale Inferiorität des „Abductorelements“ ist nicht nachgewiesen worden.

B. hat daher eine Reihe von Versuchen unternommen, bestehend in dem Studium der Muskelatrophie in Folge der Section des Recurrens:

A. Experimente am Kaninchen,

B. „ „ Hunde,

C. Eperimente an der Katze,
D. „ am Meerschweinchen.

Diese haben bei den verschiedenen Thieren die grössere Vulnerabilität des M. crico-arytaen. post. nicht bestätigt und neigen selbst dahin zu beweisen, dass der Posticus weit entfernt, wenigstens bei gewissen Thieren, vulnerabler zu sein, im Gegentheil länger Insulten des Recurrensleiters Stand hält. Diese reactionelle Insufficienz ist weder der Existenz einer doppelten noch bilateralen Innervation zuzuschreiben.

B. fragt sich daher, ob dieser Muskel, dessen Mobilität ausschliesslich vom N. recurrens abhängt, nicht ausserdem noch einige trophische Fasern erhält aus einer Quelle, deren Nachweis diese delicaten Punkte des Problems aufzuklären im Stande wäre. Er hat sich deshalb die Action des Sympathicus bei der Innervation des Larynx zu prüfen vorgenommen.

Die Betheiligung des Sympathicus bei der Innervation des Larynx:

Nachdem B. die Arbeiten der Autoren, bes. Onodis, angeführt, theilt er seine persönlichen Untersuchungen mit und zwar bezüglich

A) der Rolle des Sympathicus bei der motorischen Innervation des Larynx und
B) der Rolle des Sympathicus bei der trophischen Innervation des Larynx.

Daher kommt er zu dem Resultate, dass die combinirte Section der Larynxnerven und des grossen Sympathicus bei Kaninchen darthut, dass gewisse Larynxmuskeln, hauptsächlich der Abductor ein Supplement nicht motorischer, aber trophischer Innervation von letzterem erhalten und dass die Rolle des Sympathicus bei der Innervation des Larynx sich als reell herausstellte. Es sei jedoch wünschenswerth, dass seine Untersuchungen vervollständigt werden, bevor man die die experimentellen Resultate auf das Feld der Pathologie übertrage.

Mechanismus der verschiedenen Stimmbandstellungen im Falle recurrentieller Läsionen:

B. untersucht die Stimmbandstellung bei

A. Bulbären Lasionen.

1) Läsionen, welche ausschliesslich das bulborespiratorische Centrum betreffen: wenn dieses Centrum vollständig zerstört ist, bleibt das Stimmband in der Medianlinie gespannt, in Folge der Hyperaction des antagonistischen Centrums (antagonistische Contractur);

2) bei Läsionen, welche ausschliesslich das bulbophonatorische Centrum einnehmen; in diesem Falle hat man es mit einer antagonistischen Contractur der Dilatatoren zu thun: ein selten beobachtetes Glottisbild, dessen Formation schwer zu beschreiben ist.

3) bei Läsionen, welche den Vagospinalkern betreffen; in diesem Falle befindet sich das Stimmband immobil in der Stellung der Erschlaffung; der Periode der Paralyse geht gewöhnlich eine Periode der Parese voraus, während welcher man spasmodische durch einen Reiz hervorgerufene Erscheinungen beobachten kann.

B. Peripheren Läsionen.

1) Solche, welche den Recurrensstamm betreffen, mag es sich dabei um Traumen, Compression oder Neuritiden handeln; dadurch wird ein Symptomencomplex veranlasst, der abhängig ist, sei es von der Reizung, sei es von der Parese oder Paralyse dieses Nerven.

a) die Reizung hat zum Effect, dass sie bald clonische Spasmen, bald eine mehr oder weniger verlängerte Adduction (tonischer Spasmus) des Stimmbands hervorbringt. Ohne diesem Stadium ganz die ihm seinerzeit von Krause zugeschriebene Bedeutung zukommen lassen zu wollen, hält B. doch für festgestellt, dass man im Verlaufe einer grossen Anzahl ven Recurrensläsionen, die den Nervenstamm betreffen, in der präparalytischen Periode die Medianstellung des Stimmbandes beobachten kann; diese Stellung entspricht nicht der Paralyse der Erweiterer, wie Semon gelehrt, sondern sie hängt von der directen und nicht reflectorischen peripheren Reizung ab.

2) Das paretische Stadium:

Die Parese betrifft in gleichem Grade alle nervösen Fasern, wie auch nur die Muskeln heissen, zu welchen sie sich begeben. Die dynamische Ueberlegenheit der Constrictoren über die Dilatatoren, die combinirte Action des cricothyroid, und aryarytaenid. erklären die verschiedenen Glottisbilder, welche das Laryngoskop im Falle einer Recurrensläsion erkennen lässt.

3) Das paralytische Stadium.

Die vollständige Paralyse des Nerven veranlasst die Immobilisation des Stimmbandes in der Intermediärstellung.

II. Läsionen, welche den Pneumogastricus betreffen:

Diese können die gleichen Kehlkopfsymptome bedingen, wie die Recurrensläsionen. Da es sich um einen gemischten Nerven handelt, so können sie gleichfalls Contracturen und spasmodische Bewegungen reflectorischer Art hervorbringen.

III. Läsionen, welche den grossen Sympathicus betreffen:

Es ist wahrscheinlich, dass gewisse Läsionen des Sympathicus eine reflectorische Action auf die Stimmbänder ausüben und auf diese Weise das Glottisbild modificiren können. Die Betheiligung des Sympathicus an krankhaften Processen, welche den Vagus und Recurrens betreffen, kann Aufklärung verschaffen über gewisse histologische Veränderungen, auf welche der Autor aufmerksam gemacht hat.

Der Autor hat sich mit vorliegender Arbeit sehr verdient gemacht, es kann dieselbe entschieden als die bedeutendste wissenschaftliche Leistung der jungen belgischen Laryngologie angesehen werden. Bayer.

b) **Moritz Schmidt** (Frankfurt a/M.) **Die Krankheiten der oberen Luftwege.** Dritte, sehr vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin. Julius Springer. 1903.

c) **Philipp Schech** (München). **Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre.** Zweite vollständig neubearbeitete und vermehrte Auflage. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1903.

Diese beiden vorzüglichen Lehrbücher sind bei ihrem ersten Erscheinen so

ausführlich im Centralblatt gewürdigt worden, dass es ausreicht, unsere Leser auf das Erscheinen neuer Auflagen aufmerksam zu machen und zu bestätigen, dass dieselben von ihren Verfassern nach allen Richtungen hin auf die Höhe zeitgenössischen Wissens erhoben worden sind. Moritz Schmidt, einer unserer verehrtesten Altmeister, bringt sein Werk als eine Abschiedsgabe „am Schlusse einer vierzigjährigen ärztlichen Praxis". Die Frische der Darstellung, die vollständige Beherrschung der Literatur, die eingehende Neubearbeitung vieler Abschnitte lassen das Buch als das Erzeugniss eines auf dem Gipfel seiner Kraft stehenden vielerfahrenen, stets zu neuem Lernen bereiten, therapeutisch hoffnungsfreudigen Arztes erkennen, der gründliches allgemeines Wissen mit eingehendster Detailkenntniss verbindet, und aus dessen Schilderungen der erfahrenste Specialist ebenso lernen kann, wie der practische Arzt, für den das Buch nach des Verfassers eigener Angabe in erster Stelle geschrieben ist. „Aus der Praxis für die Praxis" verfasst, wird die dritte Auflage dem Autor alte Freunde erhalten, neue erwerben.

Auch die zweite Auflage des Schech'schen Werkes stellt eine wirkliche vollständige Neubearbeitung, nicht einen blossen Neuabdruck der ersten Auflage mit einigen Zusätzen dar. Wie alle Erzeugnisse des Verfassers ist sie ausgezeichnet durch mustergültig klare, concise Darstellung, Unabhängigkeit der Anschauungen bei genauer Mittheilung und Würdigung der Ansichten Anderer, und durch äusserst practische therapeutische Rathschläge. Ueberall sieht man, dass Schech den Fortschritten der Zeit aufmerksam gefolgt ist und sich ein ebenso massvolles wie gerechtes Urtheil über die verschiedenen Fragen gebildet hat, die gegenwärtig unsere Specialität bewegen. Keinen besseren Führer auf dem Wege zur Beherrschung des laryngologischen Theiles unseres Gebietes kann sich der junge Specialist wünschen, als dieses vortreffliche Werk.

Die beiden hier kurz angezeigten Lehrbücher stellen Musterleistungen dar, auf welche unsere Specialität stolz sein kann. Mögen sie beide noch viele Auflagen erleben!

Felix Semon.

---

d) Verhandlungen der Londoner Laryngologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 6. Juni 1902.

Vorsitzender: E. Cresswell Baber.

Als Thema steht zur Discussion:

Die Diagnose und Behandlung der malignen Strictur des Oesophagus.

Eröffnet wird die Discussion mit einem Vortrag von Charters J. Symonds; hervorgehoben seien zunächst die Grundsätze, die Redner bezüglich der Diagnose ausspricht. Unter den Anfangssymptomen figurirt die sogenannte „Dyspepsie", Nausea und Appetitlosigkeit; Schmerzen sind nur vorhanden, wenn der mittlere Theil erkrankt ist. Der einzige Weg, um sicher zur Diagnose zu gelangen, ist die Anwendung der Schlundsonde; extraoesophageale Krankheiten geben selten Veranlassung zu erheblicher Dysphagie. Spasmodischer Speiseröhrenverschluss

hat, abgesehen von der hysterischen Form, stets eine organische Ursache und sollte besser als „intermittirende Dysphagie“ bezeichnet werden. Was das Verhalten der Verengerungen nach ihrem Sitz anbetrifft, so sind die im oberen Drittel der Speiseröhre stets bösartiger Natur und durch ihre Neigung zur Narbenbildung ausgezeichnet; in der Mitte können Myome und Sarkome, wenn auch sehr selten, das Hinderniss für die Passage der Speise abgeben, es kann auch eine Divertikelbildung an dieser Stelle Schwierigkeiten für die Diagnose abgeben: nur im letzten Speiseröhrendrittel endlich kommen einfache Stenosen ausser den carcinomatösen vor.

Was die Behandlung im Allgemeinen anbelangt, so kann der Patient so lange er flüssige und halbfeste Nahrung gut schluckt und ein dünnes Bougie die Strictur passiren kann, sich selbst überlassen bleiben; nimmt die Dysphagie jedoch zu, so muss eine Tube eingeführt oder die Gastrotomie gemacht werden, selbst wenn noch die Bougie die Strictur passirt. Treffen beide Bedingungen zu d. h. kann Patient nicht schlucken und ist die Strictur für eine Bougie undurchgängig, so ist unmittelbar mechanische Behandlung erforderlich.

Zu einigen specielleren Fragen der Behandlung übergehend warnt S. davor, die Bougie zum Zweck der Dilatation der Stenose anzuwenden, da dadurch nur eine Reizung verursacht wird. Er macht darauf aufmerksam, dass die Stenosen im oberen Speiseröhrendrittel durch die Neigung, schnell zu einem völligen Verschluss zu führen, ausgezeichnet sind. Kurze Tuben sind für diese Stricturen im Allgemeinen nicht gut anwendbar; am empfehlenswerthesten sind Gummi-Drain-Tuben; diese müssen so lange wie möglich — Monate lang — liegen bleiben und dürfen nicht zwecks Reinigung entfernt werden, da ihre Wiedereinführung eventuell grosse Schwierigkeiten macht. Für das mittlere Drittel des Oesophagus können kurze Tuben gebraucht werden. Für die Behandlung der im unteren Theil der Speiseröhre und dicht über der Cardia sitzenden Stenosen hat sich die Tubenbehandlung als schwierig erwiesen, da die Tuben häufig in Folge der Zwerchfellcontractionen ausgestossen werden. Am besten ist es, in solchen Fällen die Gastrotomie vorzunehmen; besonders trifft das für die — grade an dieser Stelle auch vorkommenden — einfachen Stricturen zu, die dann vom Magen aus dilatirt werden können. Ob es zur Erleichterung der Einführung der Tuben rathsam ist, den Patienten zu chloroformiren, ist discutabel; S. ist im Allgemeinen dagegen, nur bei Stricturen hinter dem Ringknorpel hat er es für vortheilhaft befunden. In jedem Fall räth er jedoch, sich durch laryngoskopische Untersuchung davon zu überzeugen, ob der Tubus wirklich im Oesophagus und nicht etwa in der Trachea liegt. S. fasst seine Erfahrungen über die Behandlung in folgende Sätze zusammen:

1) Bei Obstruction der Speiseröhre in Höhe des Ringknorpels liefern die langen Gummi-Tuben ausgezeichnete Dienste; werden sie nicht gut vertragen, so ist die Gastrotomie vorzunehmen und zwar — wenn man einmal zu ihr entschlossen ist — möglichst frühzeitig.

2. Bei Erkrankungen des mittleren Theils der Speiseröhre verwendet man in einer grossen Anzahl von Fällen am Besten die kurze Tube; wenn Lungensymptome sich zeigen, so muss sie durch eine lange Fütterungstube ersetzt werden.

3. Bei Stenosen dicht über der Cardia giebt die Tubage so unsichere Resultate, dass beim Eintritt ernstlicher Dysphagie die Gastrotomie vorgenommen werden sollte.

Tilley führt 2 Fälle an, in denen Stimmbandlähmung das erste Symptom für eine bösartige Erkrankung des Oesophagus abgab. Bei jungen Frauen, die an Krebs im oberen Theil des Oesophagus leiden, zeigt sich oft ein Oedem am Oesophaguseingang; er sah dieses Symptom bei 2 Patientinnen von 21 und 38 Jahren.

Sir Felix Semon lenkt die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung von Stimmbandlähmung und von Cervicaldrüsenschwellung als Anfangssymptom des Oesophaguscarcinoms. Er hat mehrere Fälle gesehen, in denen erst durch den laryngokopischen Befund die Diagnose eines Oesophaguscarcinom gestellt wurde, das bis dahin kein anderes Symptom als Heiserkeit gemacht hatte. Ist der Sitz der Erkrankung hinter dem Ringknorpel, so kann ausser Oedem der Aryknorpelgegend, eine myopathische ein- oder doppelseitige Posticuslähmung daraus resultiren, dass die Erkrankung die Substanz eines oder beider M. postici ergreift. Bezüglich der Cervicaldrüsenschwellung legt S. besonderen Werth auf die Affection der Drüsen, die man hinter der Clavicula fühlen kann, wenn man hinter dem Patienten steht. Vor Einführung der Tube giebt man dem Patienten am Besten eine Dosis Opium. Von der Chloroformnarkose räth er auf Grund einer bösen Erfahrung, die er gemacht hat, abzustehen.

Einige Fälle, die er gesehen hat, lassen ihn an dem Vorkommen sogenannter spastischer Stricturen nicht zweifeln.

Clifford Beale spricht über die Diagnose der Speiseröhrenkrebse mittels Röntgenstrahlen. In einigen Fällen konnte der Werth dieser Methode durch das Ergebniss der Autopsie bestätigt werden. Es fand sich bei der Durchstrahlung ein wohl begrenzter Schatten beiderseits neben dem normalen Mediastinalschatten. Drüsenschwellung am Lungenhilus giebt ähnliche Bilder, doch ist in diesem Fall der Schatten viel diffuser.

In Bezug auf die Behandlung legt er Werth darauf, jede Irritation vom Oesophagus fern zu halten und ihn ruhig zu stellen. Ersteres sucht er durch Reinigung des Oesophagus zu erreichen, indem er den Patienten nach jeder Mahlzeit eine bestimmte Menge heisses Wasser schlucken lässt, letzteres, indem er Morphium in Glycerin und Mucilago Gummi arab. giebt.

H. B. Robinson betont die grosse Wichtigkeit der Cervicaldrüsenschwellung für die Diagnose.

J. Donelan erwähnt einen Fall, in dem als erstes Symptom Kehlkopflähmung vorhanden war und in dem eine sehr dünne Tube sechs Monate lang liegen gelassen wurde. Beim zweiten Mal wurde die Einführung der Tube durch Anwendung von Cocain erleichtert.

Dundas Grant berichtet über zwei Fälle, in denen Carcinom im Abdomen bestand — das eine Mal Magen-, das andere Lebercarcinom — und in denen eine, wohl als Reflexerscheinung zu deutende, spastische Speiseröhrencontractur zu constatiren war. In einigen Fällen wird eine spastische Contraction vorge-

täuscht durch Dysphagie infolge von defecten Zähnen. Für Fälle von Oesophago-Trachealfistel empfiehlt er die von Michael (Hamburg) angegebene Tamponcanüle.

Cresswell Baber spricht über den Werth der Oesophagoskopie, der ihm für die Diagnose zweifelhaft erscheint. Er wendet sie nach vorheriger Cocainisirung an. Er schliesst sich den Befürchtungen wegen der Anwendung der allgemeinen Narkose an.

J. Symonds hat nur einen Fall von spastischer Contractur, die zeitweise für Stunden auftrat, bei einer Frau gesehen, und zwar war der Sitz der Stenose am unteren Ende des Oesophagus. Er betont nochmals den grossen Nutzen, den ihm in vielen Fällen die Bougies mit Stahl-Olive geleistet haben. Waggett.

---

e) VIII. Pirogow-Congress in Moskau vom 3. bis 10. Januar 1902.

Oto-rhino-laryngologische Section.

Die Arbeiten dieser Section sind zum Theil im Centralblatt referirt, zum Theil fehlen sie in den Verhandlungen, so dass ich nur den Inhalt der wenigsten Arbeiten hier wiedergeben kann:

P. Hellat: Stenose des Kehlkopfes und ihre operative Behandlung.

Die Behandlung der Larynxstenosen bewegt sich erst seit den Schroetterschen Arbeiten in rationellen Bahnen.

Die acute Stenose entsteht:

1. Infolge von Oedem bei entzündlichen Processen des Halses und Kehlkopfes, chronischer Erkrankung innerer Organe und Innervationsstörungen;
2. durch Vorlagerung gewisser Gewebsbestandtheile beim Kehlkopfbruch;
3. durch Fremdkörper;
4. durch Emphysem.

Behandlung: Kälte, Adstringentia, Scarificationen, Intubation, Tracheotomie.

Die chronische Stenose kann in sechs Unterabtheilungen getheilt werden:

1. Narbenstenose, angeboren oder acquirirt infolge von Verwundungen, Entzündungen, Verbrennungen, Operationen;
2. Stenose infolge von Wucherungen, von Granulationen, Infiltraten, Venenerweiterungen, Neubildungen;
3. infolge vom Compression des Kehlkopfes bei Halsphlegmonen, Wirbelabscessen, Neubildungen, Aneurysmen;
4. infolge von Paralyse beider Abductoren;
5. durch Fremdkörper;
6. durch Erweichung der Knorpel und Erschlaffung der Bänder.

Die chirurgische Behandlung der ersten Gruppe ist erschwert wegen der Neigung des Kehlkopfes zu Verwachsungen, Membranbildungen. Am rationellsten combinirte Behandlung mit Bougirung und Intubation. Am meisten darf jedoch von der Plastik und Elektrolyse erwartet werden.

Bei der zweiten Gruppe kann häufig Erfolg erzielt werden durch eine einfache Tracheotomie. Durch dieselbe wird Herabsetzung der venösen Stase — Verminderung von Druck, Beseitigung des Hustenreizes und Hebung der Ventilation des Blutes erzielt.

Die dritte Form lässt sich durch Larynxoperationen nicht beseitigen.

Bei der Paralyse beider Abductoren ist die Tracheotomie indicirt, Fremdkörper müssen entfernt werden.

Die Verengerung infolge von Knorpelerweichung ist mehr oder weniger theoretisch construirt. Ein Fall des Autors konnte so am besten erklärt werden.

Wolkowitch (Kiew): Beiträge zur Behandlung chronischer Stenosen des Kehlkopfes.

W. giebt seine Erfahrungen wieder, die er bei der Behandlung von 42 Fällen, darunter 18 Larynxsklerome, gesammelt hat. Als Behandlungsmethoden kamen in Betracht: 1. Intubation, 2. Eröffnung des Kehlkopfes, 3. plastischer Ersatz fehlender Bestandtheile, 4. ringförmige oder keilförmige Excision verengerter Theile. Der Autor weist vor allen Dingen auf den Vorzug der Intubation vor den übrigen Methoden mechanischer Erweiterung hin und hat, besonders bei Erwachsenen, wochenlang die Röhre liegen lassen. — Die Intubation wurde in 17 Fällen angewandt, wobei bei Kindern (in 4 Fällen) immer Erfolg erzielt wurde. Die Behandlung dauerte von 4 Tagen bis 4 Monate. Von 6 Skleromfällen Erfolg nur in einem Falle. Eröffnung des Kehlkopfes mit nachträglicher Intubation ergab Erfolg in 2 Fällen. Plastik nach Krause war in beiden Fällen erfolgreich, was das Anwachsen der transplantirten Lappen anlangt, doch musste in einem Falle noch nach Schimmelbusch operirt werden, ohne einen befriedigenden Erfolg zu erzielen. Einer Patientin wurde ein Stück vom Rippenknorpel implantirt, um den Defect in der Larynxwand zu decken. Die Anheilung gelang vollständig. Als man jedoch die Intubationsröhre nach 4 Monaten fortliess, erstickte sie bei einem Hustenanfall. Der Knorpel erwies sich bei der Section nur etwas dünner als bei der Transplantation, war aber in die Larynwand vollständig eingeheilt.

Noch in einem anderen Falle wurde zur Plastik nach Mangoldt geschritten, doch blieb es hier nur bei dem ersten Act der Operation, der Ueberpflanzung des Knorpels in die Seitenwand des Halses. Patientin erkrankte an Tuberculose.

Sechs Patienten (Larynxsklerom) wurden mit Eröffnung des Kehlkopfes, Excision der erkrankten Partien und Transplantation nach Thiersch behandelt. Die Lappen heilten ein, trotzdem blieb eine Neigung zur Verengerung.

Excision der verengerten Larynxwand und Vernähung der Wunden wurde in 7 Fällen ausgeführt. Drei von ihnen konnten hernach relativ frei athmen.

Hellat.

Druck von L. Schumacher in Berlin

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIX. Berlin, November. 1903. No. 11.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **F. Toledo** (Madrid). **Aufzeichnungen für die Geschichte der Laryngologie. (Apuntos para la historia do la laringologia.)** *Revist. de Medic. y Cirug. Pract. No. 9. Januar. 1902.*

T. bezweckte mit seinem Artikel das Andenken des ersten spanischen Laryngologen, Dr. Rafael Ariza, zu ehren, dessen besonderes Verdienst es war, der Autor gewesen zu sein, welcher die erste klinische und histologische Beschreibung der hypertrophischen tuberculösen Laryngitis gegeben hat. R. BOTEY.

2) **Treitel** (Berlin). **Ueber Influenza-Pharyngitis und -Laryngitis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. 1. S. 147. 1902.*

Krankengeschichte zweier Fälle mit Nachweis der Influenzabacillen.

In Fall 1 waren „die Mandeln sowohl als die Gaumenbögen, ferner auch die hintere Rachenwand von theils runden, theils ovalen, theils confluirten grauweissen Massen bedeckt, welche im Niveau einer stark gerötheten und geschwollenen Schleimhaut lagen. Ein rother Hof war nicht vorhanden. Aber bei vielen war die Mitte von Epithel entblösst, es waren also flache Ulcerationen vorhanden". Bei einem Nachschub traten unter anderem auch „kleine Bläschen auf, die allerdings in wenigen Tagen in flache Geschwüre sich verwandelten".

Fall 2 zeigte Röthung und Schwellung der gesammten Kehlkopfschleimhaut; auf den Taschenbändern ausserdem „hirse- bis linsengrosse, weisslich-graue, aber nicht opalescirende, leicht über das Niveau erhabene Flecken".

Die beschriebenen Veränderungen sieht T. als für Influenza charakteristisch an; sie sind aber nicht absolut entscheidend, da sie, wenn auch selten, bei anderen Affectionen vorkommen können. Ausschlaggebend ist darum erst der Nachweis der Influenzabacillen. F. KLEMPERER.

3) **Frederick T. Lord. Influenza. (Influenza.)** *N. Y. Medical Journal. 17. Januar 1903.*

Von 100 Patienten, die wegen Hustens das Ambulatorium aufsuchten, fand



man bei 60 im Sputum Influenzabacillen; in 29 dieser Fälle fand sich der Bacillus in sehr grosser Menge, man kann sagen in Reincultur. Verf. meint, dass der Auswurf und der Gehalt des Sputums an Influenzabacillen nach einer acuten Influenza noch Monate und Jahre lang andauern kann und dass es sich in vielen Fällen von sogenannter chronischer Bronchitis eigentlich um chronische Influenza handele. Es kommen auch solche Fälle chronischer Influenza mit dyspnoischen Paroxysmen vor, die völlig dem Asthma gleichen; auch wird chronische Influenza bisweilen mit Lungentuberculose verwechselt.

LEFFERTS.

4) **Menzer** (Berlin). **Ueber Angina, Gelenkrheumatismus, Erythema nodosum und Pneumonie, nebst Bemerkungen über die Aetiologie der Infectionskrankheiten.** *Berliner klin. Wochenschr. 1/2. 1902.*

Verf. konnte bei Personen, die im Anschluss an eine Angina an Gelenkrheumatismus erkrankt waren, Streptokokken in den Tonsillen nur innerhalb der Epithelschicht nachweisen. Er sah aber, dass sie in dem der Tonsille benachbarten Gewebe bis zu Blutcapillaren vorgedrungen waren und glaubt, dass von hier aus die Generalisirung erfolgt sei. Er hält demnach den lymphatischen Rachenring für ein wichtiges Schutzorgan gegen das Eindringen von Bakterien.

Verf. glaubt, dass nicht allein die Polyarthritis rheumatica, das Erythema nodosum und die Chorea, sondern dass auch die croupöse Pneumonie von der Rachenschleimhaut her entstehe. Die Pneumobakterien sollen zunächst in den Blutkreislauf und danach — also auf hämatogenem Wege — nach den Alveolen gelangen.

An Erörterungen über die Bedeutung der Disposition für die Genese der Infectionskrankheiten schliessen sich Hypothesen über die Natur von Scharlach und Masern. Verf. neigt zu der Ansicht, dass der Scharlach nichts anderes sei als eine im kindlichen Organismus besonders schwer verlaufende, wahrscheinlich durch Streptokokken erzeugte Angina. Die erhöhte Contagiosität resultire aus der durch Anpassung gesteigerten Virulenz der Streptokokken.

ZARNIKO.

5) **L. Jehle. Ueber den Nachweis von Typhusbacillen im Sputum Typhuskranker.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 9. 1902.*

In den mit Pneumonien complicirten Typhusfällen lassen sich sowohl im Sputum als auch im Lungensafte Typhusbacillen häufig nachweisen, welche entweder in Reincultur oder vermengt mit anderen Mikroorganismen, insbesondere dem Influenzabacillus, vergesellschaftet vorkommen.

Auch bei klinisch und anatomisch uncomplicirten Bronchitiden wurden Typhusbacillen im Sputum nachgewiesen.

CHIARI.

6) **Thomas L. Bernett. Bemerkungen über allgemeine Anaesthesie bei Operationen an den oberen Luftwegen. (Remarks on general anaesthesia in operations involving the upper air passages.)** *Laryngoscope. April 1903.*

Gegen die Anwendung von Lachgas ist das Vorhandensein eines mechanischen Athemhindernisses eine strikte Contraindication, da es leicht zur Dyspnoe kommen kann. Für länger dauernde Operationen kommt Aether in Betracht; gegen

dessen Anwendung sprechen nur acute Bronchitis, acute Nephritis und ausgesprochene Respirationshindernisse. Verf. empfiehlt die Narkose durch Lachgasbetäubung einzuleiten; dadurch soll das Excitationsstadium und die Nachwirkungen des Aethers vermieden werden. EMIL MAYER.

7) **A. Bodine. Locale Anaesthesie in der Chirurgie der oberen Luftwege. (Local anaesthesia in surgery of the upper air passages.)** *Laryngoscope. April 1903.*

Verf. räth, bei submucösen Cocaineinspritzungen die Injectionsstelle vorher durch Application einiger Tropfen starker Carbolsäure unempfindlich zu machen. Die Anästhesie wird um so vollkommenerer, wenn es gelingt, das Anästheticum in die Höhe des den betreffenden Schleimhautbezirk versorgenden Nerven zu bringen. Als zuverlässliches Antidotum bei Cocainvergiftungen wird Morphium angegeben. Am vollkommensten wird die Anästhesie, wenn man den Nerven, der den betreffenden Schleimhautbezirk versorgt, isoliren und wenige Tropfen schwacher Cocainlösung in die Nervenscheide injiciren kann. EMIL MAYER.

8) **A. Strübbel** (Dresden). **Ueber Yohimbin (Spiegel) als Anaestheticum.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 24. 1903.*

St. kam zu folgenden Resultaten:

1. Es tritt eine zweifellose Hypästhesie bis Anästhesie der Schleimhäute der oberen Luftwege bei localer Application des 1 proc. Yohimbins ein.
2. Die Anästhesie genügt zur Ausführung von Operationen, die nicht sehr in die Tiefe gehen.
3. Es tritt keine Contraction der Schwellgewebe der Nase ein.
4. Stärkere primäre oder Nachblutungen wurden nicht beobachtet.
5. Das Mittel ist in der angewendeten Concentration absolut unschädlich.

CHIARI.

9) **R. W. Allum** (London). **Somnoform ein Anaestheticum für Zahn- und andere kurze Operationen. (Somnoform as an anaesthetic for dental and other short operations.)** *Brit. dental Journ. London. May 1903.*

Somnoform ist von Rolland und Field-Robinson (Bordeaux) bereits in mehr als 13000 Fällen als Anästheticum gebraucht worden; es ist ein sehr flüchtiges, farbloses Flüssigkeitsgemisch und enthält 60 Theile Aethylchlorid, 35 Theile Methylchlorid und 5 Theile Bromaethyl. Es hat einen unangenehmen Geruch, der jedoch vom Patienten bei der Einathmung nicht empfunden wird. Es ist die Anwendung einer geschlossenen Inhalationsmaske, d. h. einer solchen, die der Luft keinen Zutritt gestattet, nothwendig. Der Patient soll mindestens 4 Stunden vor der Narkose keine Nahrung erhalten. Die Anzeichen der Anästhesie sind nicht so regelmässig, als es wünschenswerth wäre; das constanteste ist die Muskelerschlaffung, jedoch sollten vor Beginn der Operation auch die Conjunctival- und Cornealreflexe aufgehoben sein. Die Aufhebung des Bewusstseins erfolgt bei Erwachsenen nach ungefähr 40 Secunden, in etwas kürzerer Zeit bei Kindern. Mit einer Dosis von $5^1/_2$ g lässt sich beim Erwachsenen eine 68 Secunden anhaltende Anästhesie erzielen; es folgt darauf eine Periode, in der der Patient wach ist, aber keinen

40*

Schmerz empfindet. Ein Vergleich mit Lachgas fällt zu Gunsten des Somnoforms aus, insofern bei diesem die Narkose in kürzerer Zeit eintritt und dreimal so lange anhält, als bei jenem. Verf. hält Somnoform für das beste Anästheticum bei Operation von Tonsillen und adenoiden Vegetationen, Auskratzung von Höhlen und sonstigen kleinen Operationen. Es empfiehlt sich ausserdem durch seine Wohlfeilheit.

JAMES DONELAN.

10) **Nathan G. Ward. Die Vorbereitung des Patienten für Operationen in Hals und Nase unter localer Anaesthesie. (The preparation of the patient for nose and throat operations under local anesthesia.)** *N. Y. Medical News. 14. Februar 1903.*

Verf. giebt Vorschriften für die Reinigung und Asepsis des Operationsfeldes; er empfiehlt für diesen Zweck Wasserstoffsuperoxyd. Er bespricht sodann die Technik der Cocainisirung. Adrenalin bringt auch nach seiner Erfahrung die Gefahr einer secundären Hämorrhagie. W. giebt an, bisweilen die Operation für einige Minuten haben unterbrechen zu müssen, weil der Patient über eigenthümliche Sensationen in der Brust und Herzgegend klagte, die er auf Reflexwirkungen im Gebiet der Herz- und Lungenvagusäste zurückführt. Er räth, um derartigen Erscheinungen vorzubeugen, einige Stunden vor der Operation kleine Arsendosen zu geben.

LEFFERTS.

11) **Justus Sinexon. Unfälle und Complicationen nach Operationen in Nase und Hals. (Accidents and complications following operations on the nose and throat.)** *N. Y. Medical News. 1. Februar 1903.*

Verf. macht auf die Gefahr aufmerksam, die nach Operationen an den Muscheln dadurch gegeben ist, das während des Heilungsprocesses eine Infection der Nebenhöhlen sich bilden kann. Er spricht ferner von den Complicationen, die im Anschluss an Septumoperationen auftreten können, wie Synechien, Empyemen etc., und von den bekannten und hinlänglich gewürdigten Unfällen, die bei und nach Operation von adenoiden Vegetationen und nach Tracheotomien sich ergeben können und die Verf. entschieden zu übertreiben neigt.

LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **Melzi. Ueber die Deformation der Nase durch Schleimpolypen. (Sulla deformazione del naso per polipi mucosi.)** *Arch. Ital. d. Otologia. Mai 1902.*

Die Dicke des Nasenrückens betrug in dem mitgetheilten Fall 5,95 cm, die Breite des ganzen Gesichts — von einem Jochbein zum anderen gemessen — 12,5 cm, so dass die Nase fast die halbe Breite des Gesichts einnahm. Der Vergleich einer drei Monate nach der Operation aufgenommenen Photographie mit einer gleichfalls wiedergegebenen, aus der Zeit vor der Operation stammenden, ergiebt bezüglich der Breite des Nasenrückens keinen Unterschied. Verf. nimmt mit Treitel und Cordes für diese Fälle an, dass infolge des durch die Polypen ausgeübten Druckes eine proliferirende Periostitis und osteoplastische Ostitis der Nasenbeine entsteht.

FINDER.

13) **Ch. B. Means. Nasenpolypen. (Nasal polipi.)** *Columb. Med. Journal. September 1902.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER

14) **Joseph** (Trier). **Pathologie der Nasenpolypen. Unter Zugrundelegung von 38 histologisch untersuchten Fällen aus der Prof. Seifert'schen Privatklinik.** *Dissert. Würzburg 1903.*

Die Ergebnisse seiner sorgfältigen Untersuchungen fasst Joseph darin zusammen, dass nach seiner Meinung die gewöhnlichen Nasenpolypen keine echten Geschwülste, sondern hyperplastische Neubildungen darstellen, für welche ätiologisch ein chronisch entzündlicher Zustand in Betracht kommt. Zwischen den wechselvollen Formen dieser Hyperplasie giebt es alle Uebergänge und es ist daher eine scharfe Trennung und Classification weder durchführbar noch zu empfehlen. Die Einzelheiten der mikroskopischen Untersuchung beschäftigen sich mit den Gefässveränderungen, mit dem Verhalten der Drüsen, mit dem Verhalten der entzündlichen Infiltrate, mit den Veränderungen des Oberflächenepithels. Ausserdem wird noch berücksichtigt das Auftreten von eosinophilen Zellen, von hyalinen Körperchen, von Pigment, von Cysten und von Knochenbälkchen in den Polypen.

SEIFERT.

15) **Scheibe** (München). **Demonstration eines weichen Papilloms der Nase. (Demonstration of a soft papilloma of the nose.)** *Archives of Otology. Februar 1902.*

Mittheilung eines Falles.

EMIL MAYER.

16) **Seeburg W. Allen. Ein wahrscheinliches Myxofibrom der Nase. (A probable mixofibroma of the nose.)** *Boston medical and surgical Journal. 13. November 1902.*

Der 44jährige Pat. bemerkte vor 22 Jahren bereits eine leichte Vortreibung des linken unteren Augenlids, und wenige Monate darnach zeigte sich im linken Naseneingang ein weicher leicht blutender Tumor. Seit dieser Zeit war die Geschwulst langsam gewachsen und war schliesslich im Mund zum Vorschein gekommen, nachdem sie durch den harten Gaumen und zwischen den Zähnen des Oberkiefers hindurchgewachsen war. Zur Zeit bestehen Respirationsbeschwerden, Schwierigkeit beim Essen und Articuliren, sowie eine höchst lästige übelriechende Absonderung, die von einem grossen Erweichungsherd im Centrum der Geschwulst herrührt. Das linke Auge hat sein Sehvermögen verloren, auch kann es wegen Ectropium des unteren Lids nicht geschlossen werden.

EMIL MAYER.

17) **Hamm. Ein seltener Tumor der Nasenschleimhaut.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 8. 1903.*

Lymphangiom am vorderen Ende der linken unteren Muschel bei einem 17jährigen Manne, das mit der kalten Schlinge entfernt und dessen Stumpf mit 50proc. Chlorzinklösung verätzt wurde, mit dem Erfolge, dass bisher keine Recidive auftraten; Hamm betont die grosse Seltenheit solcher Lymphangiome und den Nutzen des Chlorzinks.

SCHECH.

18) **Maurice Grenier. Das Rhinosklerom und die Schnüffelkrankheit beim Schwein. (Le rhinoscleroma et la maladie de reniflement chez le porc.)** *Thèse de Lyon. 1901.*

Von Dor und Leblanc ist ein Zusammenhang zwischen dem Rhinosklerom und der sogenannten Schnüffelkrankheit der Schweine angenommen worden. G. theilt einen Fall mit — beiläufig nach seiner Angabe der erste aus Frankreich berichtete Fall von Rhinosklerom — und knüpft daran die Behauptung, dass diese Krankheit der Schnüffelkrankheit der Schweine in dreifacher Hinsicht — in symptomalogischer, anatomisch-pathologischer und bakteriologischer — verwandt sei. Es würde sich daraus ergeben, dass Rhinosklerom häufiger in den Ländern angetroffen wird, in denen Schweinezucht getrieben wird und in denen ein enger Contact zwischen Menschen und Schweinen stattfindet.

PAUL RAUGÉ.

19) **Artom. Ein Fall von Rhinosklerom. (Intorno ad un caso di rinoscleroma.)** *Arch. Ital. di Otologia. 13. Juli 1902.*

Bericht über einen Fall, der eine 26jährige Frau aus der Provinz Parma betrifft.

FINDER.

20) **O. Kutvirl. Rhinosklerom.** (Verein böhmischer Aerzte in Prag, 5. Mai 1902.) *Wien. klin. Rundschau. No. 42. 1902.*

38jährige Frau seit 3 Jahren erkrankt. Pat. stammt aus Landskron (Böhmen, 730 m ü. d. M.), von wo sich die Frau nie entfernt hatte und woselbst nur ein kleiner Bach fliesst. (Böhmen und Mähren sind Skleromgegenden. Ref.)

CHIARI-HANSZEL.

21) **Alexander** (Berlin). **Ein Fall von Rhinosklerom.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 7. 1903.*

Demonstration in der Berliner medic. Gesellschaft am 28. Januar 1903.

ZARNIKO.

22) **Hrach** (Przemysl). **Rhinosklerom post trauma.** *Wien. med. Wochenschr. No. 13. 1903.*

Beschreibung eines bakteriell nicht sichergestellten Skleromfalls, bei dem der Autor annimmt, dass ein auf die Nase erfolgtes Trauma (Contusio) die auslösende Ursache für die Erkrankung war.

CHIARI-HANSZEL.

23) **Pawlewsky** (Kiew). **Ueber die Rhinosklerompolypen und über eine Experimentalmethode der Diagnostik des Rhinoskleroms.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 18. 1903.*

Aus dem von P. mitgetheilten Falle geht hervor, dass das Rhinosklerom primär in der Form von Nasenpolypen ohne irgendwelche andere Veränderungen in den Hautdecken der Nase, der Lippen etc. vorkommen kann. Zu sicherer Diagnose empfiehlt er besonders Impfungen von Rhinosklerombacillen in das Peritoneum von Meerschweinchen, die darnach in 24—28 Stunden zu Grunde gehen und in allen Organen die charakteristischen Bacillen nachweisen lassen.

SEIFERT.



24) **Clément Thomas. Die primären tuberculösen Tumoren der Nasenhöhle. (Des tumeurs tuberculeux primitives des fosses nasales.)** *Thèse de Paris. 1902.*

Verf. erklärt die Seltenheit primärer Tuberculome der Nase durch die besondere Beschaffenheit des Epithels in diesem Theil des Respirationstractus und durch die baktericide Wirkung des Nasensecrets. Die Tumoren sitzen meist am vorderen Theil des Septums, entwickeln sich langsam, sind indolent und lassen sich gewöhnlich leicht von allen anderen in der Nase vorkommenden Geschwülsten unterscheiden. Die Therapie besteht am besten in der Abtragung mit der galvanokaustischen Schlinge und nachfolgender energischer Aetzung der Insertionsstelle mit Milchsäure.

A. CARTEZ.

25) **N. Calamida** und **S. Citelli. Endotheliom der Nasenhöhle mit Tuberculose. (Endotelioma della fossa nasale con tubercolosi.)** *Arch. Ital. di Otologia. 13. Juli 1902.*

Der Tumor, der die rechte Nasenhälfte der 67jährigen Pat. ausfüllte, zeigte bei den mikroskopischen Untersuchungen in seinen verschiedenen Theilen verschiedene Structur. Die den Charakter der eigentlichen Neubildung zeigenden Partien erweisen sich als ein Endotheliom der Lymphgefässe, also ein Lympho-Angio-Endotheliom. In dem Bindegewebe des Tumors fanden sich hier und da Riesenzellen. An anderen Stellen zeigte die Geschwulst einen durchaus anderen Charakter; hier fanden sich ausgesprochen typische Tuberkel, die zum Theil sich im Zustande beginnender centraler Verkäsung befanden.

FINDER.

26) **Emil Mayer. Adenom der Nase mit beginnender sarcomatöser Metamorphose. (Adenoma of the nose with incipient sarcomatous metamorphosis.)** *American Medicine. 2. August 1902.*

Cfr. Sitzungsbericht der American Laryngological Association. Centralblatt XIX. S. 264.

EMIL MAYER.

27) **Tanturri. Multiple carcinomatöse Degeneration in einigen Nasentumoren. (Degenerazione carcinomatosa multipla in alcuni tumori nasali.)** *Archiv. Ital. di Laringologia. Juli 1903.*

Die 50jährige Patientin wurde im Jahre 1895 zum zweiten Mal wegen Nasenpolypen operirt. Es wurden 5 Tumoren entfernt, die vollkommen das Aussehen von Polypen hatten; in den folgenden Jahren trat kein Recidiv ein. Verf. giebt eine ausführliche Beschreibung des histologischen Befundes der entfernten Tumoren; in allen liess sich eine beginnende carcinomatöse Degeneration im Centrum nachweisen. Verf. knüpft daran die Mahnung, alle Tumoren, auch die anscheinend zweifellos gutartigen, einer genauen histologischen Untersuchung zu unterwerfen.

FINDER.

28) **Tritrop. Ein Fall von bösartigem Tumor der Nasenscheidewand. (Un cas de tumeur maligne de la cloison nasale.)** *Annales et Bulletin de la Soc. de Méd. d'Anvers. April 1902.*

33jährige Patientin, mit erythematösem Lupus der Nase und Wangen, stellt

sich vor mit vollständig verlegter rechter Nasenseite durch einen von der Nasenscheidewand ausgehenden, sonst nirgends adhärirenden Tumor, der das rechte Nasenloch verlegt und kaum eine Sonde passiren lässt.

Entfernung eines Stückes, welches ein Plattenepitheliom im Beginn seiner Entwicklung erkennen lässt. Operation: Spaltung der Nase bis ans knöcherne Nasengerüst; Abtragen des Tumors mit dem galvanocaustischen Messer; der Tumor halbwelschnussgross, erstreckt sich ca. 3 cm weit auf der Nasenscheidewand nach hinten. Compressionsverband mit Jodoformgaze. Heilung ohne Störung.

BAYER.

29) **M. A. Hughes. Carcinom des Nasenseptums. (Carcinoma of the nasal septum.)** *The Medecine. Juli 1902.*

Bericht über einen Fall.

EMIL MAYER.

30) **E. Comisso. Ueber osteoplastisches Carcinom.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 50. 1902.*

C. beschreibt den genauen klinischen und histologischen Befund eines Cylinderzellenkrebses der Nase und der Nebenhöhlen, welcher unter Bildung von mächtigen Knochentumoren einen grossen Theil der Schädelbasis ergriffen hatte. Der Tumor enthielt ausser osteoplastischen Partien auch solche mit typischem Knochenabbau.

CHIARI.

31) **Wm. E. Darnall. Primäres Carcinom der Nasenhöhle. (Primary carcinoma of the nasal chambers.)** *Journal American Medical Association. 31. Januar 1903.*

Der Fall betrifft eine 69jährige Frau; der Verlauf war ein sehr schneller. Die Zahl der in der Literatur verzeichneten Fälle beträgt nach D. nunmehr 79.

EMIL MAYER.

32) **Villemin. Nasenrachenpolyp. (Polype naso-pharyngien.)** *Société de pédiatrie. 20. Mai 1902.*

Es handelt sich um einen enormen Nasenrachentumor bei einem 16jährigen Knaben. Der Tumor hatte Orbita, Wange, Schläfe der rechten Seite ergriffen. Es bestand Exophthalmus und Epistaxis. Die Exstirpation wurde nach Resection des Oberkiefers gemacht. Seit 5 Monaten kein Recidiv.

PAUL RAUGÉ.

33) **Charasse. Nasenrachenpolyp. (Polyp naso-pharyngien.)** *Société de Chirurgie. 19. October 1902.*

Der Tumor wurde vom Munde aus entfernt.

PAUL RAUGÉ.

34) **E. Glas. Zur Pathologie der Nasenrachentumoren.** *Wien. med. Wochenschrift. No. 46 u. 47. 1902.*

Nach Eintheilung der im Nasenrachen vorkommenden Tumoren bespricht der Autor die seltenen Fälle von Nasenrachengeschwülsten beim weiblichen Geschlecht und berichtet über ein bei einer 64jährigen Frau operirtes Nasenrachenfibrom, in dessen Centrum sich eine K n o c h e n s p a n g e befand, welche durch osteoide Um-

wandlung des Bindegewebes entstanden war. Da sich bei der Patientin auch eine Knochenstruma sowie hochgradige Verknöcherung des Kehlkopfes constatiren liess, glaubt H. annehmen zu können, dass es sich auch bezüglich der Knochenspange im Fibrom um den Ausdruck der senilen Involution handle. CHIARI.

35) **G. Hudson Makuen. Ein Nasenrachentumor. (A nasopharyngeal tumor.)** *American Medicine. 22 November 1902.*

Es handelt sich um einen Tumor zweifelhafter Natur; die mikroskopische Untersuchung ergab eine granulomatöse Beschaffenheit. Patient ist mehreren kleineren Eingriffen unter localer Anaesthesie und zwei grösseren Operationen in Narkose unterworfen worden; seit der letzten von diesen ist ein Jahr verflossen, ohne dass sich im Aussehen der Geschwulst viel verändert hätte.

EMIL MAYER.

36) **Thomas F. Harris. Neubildung des Nasenrachens.** *Laryngoscope. März 1903.*

Bericht über einen Fall von Nasenrachenfibrom. EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

37) **Vaschide. Ein Fall von Ageusie. (Un cas d'aguesie.)** *Bulletin de Laryngologie, Otologie, Rhinologie. p. 15 u. 19. 1903.*

Es handelt sich um einen Kranken mit sensorischen Störungen in der Mundhöhle, bei dem gleichzeitiges Fehlen der Patellarreflexe eine forme fruste von Tabes wahrscheinlich macht. E. J. MOURE.

38) **Blondian. Pharynxneurose reflectorischer Natur von einer „Reversivanomalie" des Arc. stylohyoid. ausgehend. (Névrose pharyngée réflexe d'une anomalie réversive de l'arc stylo-hyoïdien.)** *Bulletin de la Soc. Belge d'Oto logie et de Laryngologie. p. 147. 1903.*

53jährige Dame, klagt über Kratzen im Halse, Gefühl eines Fremdkörpers auf der linken Seite, Verschlucken mit Pharynxkrämpfen und erschwerte Deglutition; gewisse Bewegungen des Kopfes — gesteigerte Flexion und Extension — sind schmerzhaft; — Glossodynie.

Bei der Pharyngoskopie erblickt man an der Basis der linken Mandel eine deutlich hervorspringende weisse Stelle, welche man auf den ersten Blick als Mandelstein auffassen könnte; dieselbe bildet einen sehr resistenten Vorsprung, der sich unabhängig von der Mandel nach oben und innen hin in der Richtung von vorn nach hinten aussen verfolgen und abtasten lässt; die Schleimhaut darüber ist verschiebbar. Rechts fühlt man desgleichen bei der Palpation in der Gegend und Direction des hinteren Gaumenbogens einen lamellösen Körper, aber weniger resistent als der der anderen Seite, und von einer gewissen Elasticität; länger als der linksseitige lässt er sich bis in die Höhe der Epiglottis verfolgen; derselbe bildet eine knöcherne Lamelle und ersetzt zum Theil das Lig. stylohyoid. ähnlich der Disposition bei der Mehrzahl der Mammiferen, bei welchen letzteres durch einen wirklichen Knochen ersetzt ist.

B. stellt die Diagnose auf übermässige Entwickelung des Proc. styloid., besonders des linken mit Direction nach der Mundhöhle zu, so dass man zur Annahme berechtigt sei, dass das Lig. stylohyoid. nicht mehr existirt, wie auch die Palpation bestätigt und man hatte es demnach mit einer sehr interessanten „Reversivanomalie" des Proc. styloid. zu thun.

Der Autor schlägt der Patientin als Behandlung die Resection von 3—4 cm des anormal entwickelten Processus vor und hofft so die verschiedenen Eindrücke, sowohl die von dem Druck auf die Zunge hervorgebrachten, als auch die parästhetischer Natur, welche unter dem Einflusse einer neuropathischen Anlage sich entwickeln konnten, zu beseitigen.

BAYER.

39) **Pick. Chorea pharyngis mit objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusche.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde etc. No. 4. 1902.*

Knackendes Geräusch bei gleichzeitiger klonischer Hebung des weichen Gaumens und Zuckungen der übrigen Pharynxmusculatur, wobei die Tubenwülste 2 cm gegen die Mittellinie vorspringen; ausserdem bestand Atrophie der Nase und ein zerklüftetes adenoides Polster.

Entfernung des letzteren, Bepinselungen des Rachens mit Adstringentien und Arsen innerlich hatten kein Verschwinden des Geräusches oder der Zuckungen zur Folge.

SCHECH.

40) **Citelli. Myoclonie der Schluckmuskeln mit Dysphagie. (Mioclono dei muscoli della deglutizione con disfagia.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. October 1902.*

Es handelte sich um eine hysterische 38jährige Frau, die über heftige Schluckschmerzen klagte und, da sie sich nur auf flüssige und halbflüssige Speisen beschränkte, in ihrem Ernährungszustande sehr herabgekommen war. Jeder objective anatomische Befund für die Erklärung der Beschwerden fehlte. Dagegen bemerkte man tonische Zusammenziehungen der Schluckmuskeln, durch welche die Zunge gegen das Gaumengewölbe gepresst wurde. Jeder Spasmus dauerte länger, als ein gewöhnlicher Schluckact und endigte mit einem Geräusch, das durch das plötzliche Sichloslösen der Zunge vom Gaumen verursacht wurde. In jeder Minute traten 5—8 Spasmen auf; ihre Zahl nahm zu, wenn Pat. sich beobachtet sah oder in Gemüthserregung sich befand. Jedem Spasmus ging ein solcher des Orbicularis oris voraus und begleitet wurde er von einem klonischen Krampf des Orbicularis palpebrarum. Ueber den Verlauf der Krankheit kann nichts berichtet werden, da Pat. sich der Beobachtung entzog.

FINDER.

41) **Römheld. Zur Casuistik der isolirten clonischen Krämpfe des weichen Gaumens.** *Münch. med. Wochenschr. No. 13. 1903.*

Mittheilung eines Falles von isolirtem halbseitigen Krampfe des weichen Gaumens aus centraler Ursache bei einer 60jährigen Patientin; es bestand ein knackendes Geräusch entsprechend dem Rhythmus der Zuckungen. Die Affection hatte sich nach einem apoplectischen Zufall eingestellt; es ist jedoch nicht zu eruiren, ob es sich um eine nucleäre Bulbusaffection handelt oder um eine Störung der Leitungsbahn zwischen Vago-Accessorius und Hypoglossuskern.

CHECH.

42) **Römheld** (Schloss Hornegg a/N.). **Differentialdiagnose der Neurasthenie, isolirter clonischer Krampf des weichen Gaumens, multiple Sklerose nach Trauma, Jackson'sche Rindenepilepsie, paralytischer und epileptischer Dämmerzustand (Enuresis diurna).** *Med. Correspondenzbl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 12. 1903.*

Beschreibung desselben Falles, der Gegenstand der im vorhergehenden Referat besprochenen Arbeit ist.

SEIFERT.

43) **Deguy. Gaumensegellähmung. (Paralysie du voile du palais.)** *Société de pédiatrie. 20. Januar 1903.*

Der vorgestellte 19jährige Patient zeigt eine halbseitige Gaumensegellähmung. Die Aetiologie derselben ist dunkel, doch wird angenommen, da Pat. nervös, in der Entwickelung zurück geblieben ist und an Krämpfen litt, dass eine congenitale Affection vorliegt.

PAUL RAUGÉ.

44) **R. Forns** (Madrid). **Die Heliotherapie bei der Behandlung der Pharyngitiden. (La helioterapia en el tratamiento de las faringitis.)** *Revist. de Especialid. Medic. No. 20. December 1901.*

Die Heilung eines Falles von Lungentuberculose mittelst Sonnenstrahlen veranlasste den Verf. die Heliotherapie bei Kranken mit Pharyngitis zu versuchen. Das Resultat dieser Versuche war insofern günstig, als die acuten Anginen in ihrem Beginne verschwanden, und die Kranken mit chronischer Rhino-Pharyngitis, welche subacute Exacerbationen zeigten, allein bei Application der Sonnenstrahlen während 8—10 Minuten, Besserung ihrer Leiden verspürten. F. erklärt diese Thatsache durch die rasche Abschwächung der pathogenen Kraft der Mikroorganismen infolge der Macht der Sonnenstrahlen.

R. BOTEY.

45) **Fred Baker. Pharyngitis lateralis hypertrophica. (Pharyngitis lateralis hypertrophica.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. August 1902.*

Verf. empfiehlt zur Beseitigung der Beschwerden die Application von 20proc. wässeriger Milchsäurelösung auf die hypertrophischen Seitenstränge.

EMIL MAYER.

46) **Thomas J. Harris. Prognose bei chronischen Hals- und Ohrkatarrhen. (Prognosis in chronic catarrh of throat and ear.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngoly. August 1902.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass in der Behandlung von Rachen- und Ohrenkatarrh sehr viel davon abhängt, dass man versteht, der Entstehung eines Nasenkatarrhs vorzubeugen.

EMIL MAYER.

47) **Notiz des Herausgebers. Gurgelwasser für acute Pharyngitis. (Gargle for acute Pharyngitis.)** *American Medicine. 6. December 1902.*

Rp. Menthol 1,0
Tinct. Guajaci ammoniati.
Tinct. Cinchon. composit. ana 12,0

Mel. depurat.
Glycerin
Mucilag. Acaciae ana 15,0.

Mischen und gründlich durchschütteln! dann langsam hinzusetzen:

Kal. Chlorat. 4,0
Aq. Rosarum 90,0.

DS. Alle ein bis zwei Stunden zum Gurgeln. EMIL MAYER.

48) **Halle** (Berlin). **Zur Therapie der Pharyngitis granulosa und der Pharyngitis lateralis.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 17. 1902.*

Verf. empfiehlt zur Beseitigung von Granula und hypertrophischen Seitensträngen statt der Aetzung oder der galvanokaustischen Verbrennung die Abtragung mit der Scheere. Er hat zwei dazu geeignete Modelle construirt, deren Abbildungen der Artikel enthält. ZARNIKO.

49) **W. Mayer** (Mannheim). **Ein Fall von Pharyngitis gangraenosa combinirt mit Appendicitis gangraenosa.** *Münch. med. Wochenschr. No. 5. 1903.*

Mittheilung eines Falles bei einem 7jähr. Mädchen, das mit Halschmerzen und Drüsenschwellungen erkrankte und 7 Tage später die Erscheinungen einer Appendicitis bekam. Wenn auch der bakteriologische Befund des Tonsillarbelags und des Baucheiters ein anderer war, so glaubt Verf. doch, dass es sich um einen ätiologischen Zusammenhang handle, worauf auch schon Weber hingewiesen habe. SCHECH.

50) **Scherb. Eine Beobachtung von acuter Gicht des Pharynx. (Une observation de goutte aiguë du pharynx.)** *Société médicale des hôpitaux. 2. Mai 1902.*

Die gichtische Natur der Affection wurde in diesem Fall infolge des gleichzeitigen Bestehens einer Gichtmetastase in einem Gelenk angenommen.

PAUL RAUGÉ.

51) **M. Hertz. Acute Pharynxtuberculose bei einem 6jährigen Knaben. (Przypadek ostrej gruzlicy u 6-letmego entopca.)** *Gazet. Lek. No. 50. 1902.*

Nachdem der Verf. die entsprechende Literatur des Leidens besprochen hat, theilt er die Krankengeschichte eines 6jährigen Knaben mit, bei welchem typische Pharynxtuberculose (Geschwüre, welche Uvula, Palatum molle und durum und hintere Wand einnahmen), vorlag. In den Lungen wurden keine nachweisbaren Veränderungen constatirt. Erst am Ende des Leidens traten auch tuberculöse Erscheinungen daselbst auf. Der Kranke starb nach 3monatlichem Verlaufe.

A. v. SOKOLOWSKI.

52) **Biehl. Extragenitaler Primäraffect.** (Wissenschaftl. Verein der Militärärzte der Garnison Wien.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 31. 1902.*

Syphilitischer Primäraffect am vorderen Gaumenbogen. CHIARI-HANSZEL.

53) **Levinger** (München). **Beitrag zur Diagnose der tertiären Syphilis des Pharynx.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 6. 1902.*

Zwei Fälle von isolirter tertiärer Lues des Nasenrachens. Ein syphilitischer Tumor der Tonsille. In allen Fällen bereitete die Diagnose Schwierigkeiten.

ZARNIKO.

54) **M. Sänger** (Magdeburg). **Ein Fall von vollständigem Mangel des harten und weichen Gaumens, der Nasenscheidewand und der Nasenmuscheln.** *Bresgen's Sammlung zwanglos. Abhandl. VI. 1. 1902. Carl Marhold, Halle a/S.*

Mund-, Rachen- und Nasenhöhle waren in Folge von Lues zu einer einzigen grossen Höhle vereinigt. Ausser M und N konnte Pat. alle übrigen Laute theils gar nicht, theils nur sehr unvollkommen hervorbringen. Unmöglich waren natürlich K, G, Ng, Ch, und Gaumen-R, sowie sämmtliche Verschlusslaute, höchst schwierig die Reibe-, Zisch- und Zitterlaute, die aber bei Verschluss der Nasenöffnungen gelangen. Der „offennasale" Beiklang der Vocale war auffallend gering; statt J und E wurden Ü und Ö gebildet, klangen aber deutlich bei Nasenverschluss.

M, N und Ng konnten, wie gesagt, rein hervorgebracht werden, weil sie ihren Entstehungsort (nach S.'s Ansicht) in der Mundhöhle haben, während die Nasenhöhle dabei nur als Abzugscanal für den tönenden Exspirationsstrom dient.

Die Entstehung der nasalen Stimmfärbung erklärt sich durch das Anprallen der aus dem Kehlkopfe empordringenden Schallwellen gegen das Rachendach, wodurch sie in bestimmter charakteristischer Weise umgekehrt werden.

Wenn die Communication zwischen Mund und Mundtheil des Rachens einerseits und Nase und Nasenrachen andererseits sich nicht auf operativem Wege beseitigen lässt, so verwendet man Obturatoren.

Die Patientin hatte sich denselben durch ein in die Höhle geschobenes, mehrfach zusammengelegtes Taschensuch so gut ersetzt, dass sie mit demselben nicht bloss gut schlucken, sondern auch geradezu normal sprechen konnte.

A. ROSENBERG.

55) **Dobrowolski. Ein Fall von hereditärer Pharynxsyphilis. (Przypadek syfilitu dziedziernego.)** *Pam. Tow. Lek. 1903.*

Es handelt sich um eine infiltrirte Form des betreffenden Leidens mit oberflächlicher Geschwürbildung, welche sich auf Uvula, Palatum molle und Tonsillen erstreckte, bei einem 10jährigen Knaben, welcher seit einigen Wochen an Schlingbeschwerden litt und deswegen ins Krankenhaus aufgenommen wurde. Der Fall wurde wegen seiner Seltenheit und Schwierigkeit der ursprünglichen Diagnose in der Warschauer med. Gesellschaft vorgestellt. Weitere Schicksale des Kranken sind unbekannt.

A. v. SOKOLOWSKI.

56) **Trétráp. Ein Fall von beinahe vollständigem Verschluss des Schlundkopfes. (Un cas de sténose presque totale du conduit pharyngien.)** *Annales et Bulletin de la Société de Méd. d'Anvers. April 1902.*

58jähriger Mann, seit acht Jahren halsleidend, wird wegen hochgradiger Stenose ins Spital aufgenommen. Bei der Untersuchung zeigt sich der hintere

linke Gaumenbogen an die hintere Pharynxwand angelöthet und daneben noch andere anormale Adhäsionen. Bei der Laryngoskopie zeigt sich der Schlundkopf mit fibrösem Gewebe ausgefüllt, und nach rechts hinten, beinahe im Niveau der Zungenbasis die schräge Oeffnung eines fibrösen Canals von 2—3 mm Diameter, durch welchen die Respiration und Deglutition statthat. Trotzdem Patient sich einer syphilitischen Infection nicht entsinnt, kann über den Ursprung dieser Affection kein Zweifel herrschen, zumal noch eine breite Narbe am linken Bein und auf der Brust existirt.

Tracheotomie mit nachträglicher Dilatation mit einem nach dem Muster des Laborde'schen Instruments von T. construirten dreiarmigen Dilatator, dessen Extremität nur 3 mm und dessen dickste Stelle nur 4 mm Durchmesser besitzt.

BAYER.

57) **Haller. Ueber ein Geschwür im Rachen mit eigenartigem Verlaufe.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 11. 1902.*

Sehr hartnäckig verlaufendes Geschwür im Winkel zwischen der hinteren Rachenwand bei einem 45jährigen mit Malaria behafteten Arzte, das nach subcutanen Chinininjectionen endlich heilte und das ätiologisch nicht classificirt werden konnte, zumal Lues, Tuberculose etc. mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden konnten.

SCHECH.

d. Diphtherie und Croup.

58) **Raoul Brernon** (Rouen). **Die Diphtherie am Allgemeinen Krankenhaus in Rouen von 1882—1891. (La diphtérie à l'hospice général de Rouen de 1882 à 1901.)** *Académie de Médecine. 1. Juli 1902.*

Während der 20 Jahre, auf die sich diese Statistik erstreckt, ist eine Zunahme der Diphtheriefälle während der Zeit von 1893--1897 zu constatiren.

Vor Gebrauch des Serums war die Sterblichkeit 52 pCt.; nach Einführung der Serumtherapie fiel sie auf 19,7. Bei Patienten von unter 2 Jahren wurden 20 ccm Serum angewandt, bei älteren 30—40 ccm. Die Injection wurde häufig nach 12 Stunden wiederholt.

Ausser der Serumeinspritzung werden Bäder von 34° angewandt

Verf. hat die Tracheotomie fast völlig durch die Intubation ersetzt.

PAUL RAUGÉ.

59) **Mlle. Endel. Die Diphtherie in Nantes seit 1897. (La diphtérie à Nantes depuis 1897.)** *Thèse de Paris. 1902.*

Der Bericht, dem das Material des Krankenhauses zu Nantes seit Einführung der Serumtherapie und der Intubation zu Grunde liegt, beweist die Trefflichkeit dieser beiden Methoden.

PAUL RAUGÉ.

60) **A. Josias** und **L. Tollemer** (Paris). **Studien über die Diphtherie am Hospital Bretonneau während des Jahres 1901—1902. (Études sur la diphtérie à l'hôpital Bretonneau pendant l'année 1901—1902.)** *Médecine moderne. 8. August 1902.*

Die Statistik betrifft 480 Fälle von wahrer Diphtherie mit Befund von

Klebs-Loeffler'schem Bacillus. Die Sterblichkeit betrug 10 pCt. Unter den 48 letal verlaufenden Fällen war 29 mal Bronchopneumonie die Todesursache.

Verf. befürworten die frühzeitige Anwendung des Heilserums, auch zu praeventiven Zwecken.

PAUL RAUGÉ.

61) **Josias. Diphtheriestatistik am Hospital Brotonneau. (Statistique de la diphtérie à l'hôpital Bretonneau.)** *Académie de Médecine. August 1902.*

Von 709 Fällen, die klinisch für Diphtherie gehalten wurden, fand sich nur bei 508 der Löffler'sche Bacillus. Alle Patienten wurden der Serumbehandlung unterworfen; es starben 58, davon 29 an Bronchopneumonie.

PAUL RAUGÉ.

62) **Narfan** (Paris). **Die bösartigen diphtherischen Anginen im Jahre 1901 und 1902. (Les angines diphtériques malignes en 1901 et 1902.)** *Société médicale des hôpitaux. 18. Juli 1902.*

Die in Paris während der Jahre 1901 und 1902 herrschende Diphtherie-Epidemie zeichnet sich durch die Häufigkeit der schweren Formen aus; sie weist aber — Dank dem Serum — nur eine geringe Zunahme der Mortalität auf. Charakterisirt sind die schweren Formen durch reichliche confluirende, oft stinkende Beläge, beträchtliche Drüsenschwellung, geringe Temperatursteigerung und schwachen Puls, starke nervöse Depression und fast constant vorhandene Albuminurie. In solchen Fällen wirkt das Serum nur langsam und ist nicht immer im Stande, den tödtlichen Verlauf aufzuhalten, auf den man fast in der Hälfte dieser Fälle rechnen muss.

Bei der Autopsie findet man: Myocarditis, Endocarditis und Herzthromben; Embolien im Gehirn, Milz, Mesenterium, Lungen; Veränderungen der Leber, die sehr gross ist und auf der sich breite weisse Flecken finden; Congestion in den Lungen, der Pia mater, dem verlängerten Mark und Gehirn. Stets findet sich in den Halsorganen und im Blut ein besonderer sehr giftiger Diplococcus (Deguy und Legros). Es ist daher möglich, dass die bösartigen Formen zu Stande kommen infolge einer Association von Mikroorganismen; das würde auch erklären, warum in diesen Fällen die Wirkung des Serums versagt.

PAUL RAUGÉ.

63) **C. G. Yersin. Mittheilung über eine Diphtherie-Epidemie in der Schweiz. (Relation sur une épidémie de diphtérie en Suisse.)** *Revue méd. de la Suisse rom. No. 1. 1903.*

Dieser Bericht aus der Landpraxis verdient Erwähnung, da er sich über 460 Fälle erstreckt. Verf. hält seit der Einführung der Serumtherapie die Diphtherie für weniger gefährlich als Masern und Scharlach. Y. macht die richtige Bemerkung, dass die Schwere der Prognose keineswegs der Höhe des Fiebers proportional sei.

JONQUIÈRE.

64) **E. von Quast. Eine neue Phase der Serumtherapie. (A new phase of serum therapy.)** *Laryngoscope. März 1902.*

In acht Fällen von bösartiger Scharlachinfection wurde ein Serum mit Er-

folg angewendet, das von Thieren genommen war, die gegen Streptokokken-, Tetanus- und Diphtherieinfection immunisirt waren. EMIL MAYER.

65) **Netter, Bourges** und **Bergeron. Prophylaxe der Diphtherie mittels Preventivinjectionen von Serum. (Prophylaxie de la diphtérie par les injections preventives de sérum.)** *Académie de Médecine. 18. März 1902.*

Die durch die Präventivimpfungen gewährleistete Immunität dauert nicht länger als 3—4 Wochen. Schutzimpfungen sind stets angezeigt in Familien, in denen ein Diphtheriefall vorliegt, desgleichen überall da, wo grössere Ansammlungen von Kindern vorhanden sind, z. B. Schulen, Krankenhausabtheilungen etc. Selbst in Masern- und Scharlachabtheilungen können die Schutzimpfungen von Nutzen sein. Doch scheint bei Masern die Schutzwirkung unsicher zu sein: die Antitoxindosen müssen in diesen Fällen grösser sein und die Injectionen müssen öfter wiederholt werden. PAUL RAUGÉ.

66) **E. W. Saunders. Diphtherie mit Antitoxin und Pilocarpin behandelt. (Diphteria treated with antitexine and pilocarpine.)** *Mercks Archives. Mai 1902.*

Der Vortheil des Pilocarpins besteht darin, dass es die Ausscheidung des Toxins anregt und die Activität der Leukocyten erhöht; es soll nur in Fällen angewandt werden, die frühzeitig zur Behandlung kommen. Nach dem 5. Krankheitstage ist es nur mit Vorsicht zu gebrauchen. Es erweist sich übrigens auch werthvoll bei Angina follicularis. EMIL MAYER.

67) **Adolph O. Pfingst. Serumtherapie bei Kehlkopfdiphtherie. (Serum therapy in laryngeal diphteria.)** *Pediatrics. 1. Juli 1902.*

Verf. erkennt den Nutzen der Serumbehandlung an, ermahnt jedoch, daneben die übrige Behandlung nicht ganz ausser Acht zu lassen. EMIL MAYER.

68) **John H. Mc. Collorn. Bemerkungen über Diphtherie. (Remarks on diphteria.)** *Providence Medical Journal. Juli 1902.*

Verf. gründet seine Ansichten über Serumtherapie bei Diphtherie auf den Vergleich der Mortalitätsstatistik von Boston vor und nach Einführung der Serumbehandlung, auf kritische Betrachtung der Hospitalberichte und auf klinische Beobachtung von 10526 Fällen. Die Mortalität war in Boston vor Anwendung des Diphtherieantitoxins erheblich höher als nachher. Seit dem Gebrauch von grösseren Antitoxindosen ist eine weitere Abnahme der Mortalität zu constatiren, und zwar betrifft diese Abnahme besonders die anscheinend schon moribunden Fälle. Ein Schaden ist niemals vom Gebrauch des Antitoxins beobachtet worden. Verf. räth zu möglichst frühzeitiger Anwendung der Serumtherapie. EMIL MAYER.

69) **Arthur J. Laird. Diphtherieantitoxin. (Diphtheria antitoxin.)** *Albany Medical Annals. Juli 1902.*

Ein Ueberblick über die Litteratur der letzten Jahre. EMIL MAYER.



70) **Kerley. Diphtherie mit und ohne Antitoxin. (Diphtheria with and without antitoxin.)** *N. Y. Medical News. 19. Juli 1902.*

Verf. hat 159 Fälle am New-Yorker Kinderasyl beobachtet; die Kinder befanden sich alle unter ausgezeichneten hygienischen Bedingungen. Von 103 ohne Antitoxin behandelten Fällen starben 60; die übrigen erhielten Serumeinspritzungen und von diesen starben 3. Nach K.'s Erfahrung zeigt sich die günstige Wirkung des Antitoxin 10—20 Stunden nach der Injection; ist dann noch kein Erfolg bemerkbar, so soll eine höhere Antitoxindosis gegeben werden. Desgleichen soll die Injection erneuert werden, wenn man 12 Stunden später frische Membranen findet, selbst falls sonst Zeichen von Besserung vorhanden sind. Bisweilen tritt nach der Injection Urticaria auf, die aber bald verschwindet. Bei Kindern unter 1 Jahr sollen 2000 I.-E., bei solchen über 1 Jahr 3000 I.-E. gebraucht werden.

LEFFERTS.

71) **W. H. Christie. Serumtherapie mit besonderer Berücksichtigung der Diphtherie. (Serum therapy with especial reference to diphtheria.)** *Western Medical Review. 15. August 1902.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

72) **D. Cairns. Ueber die Behandlung der Diphtherie mittels intravenöser Anwendung von Antidiphtherie-Serum. (On the treatment of diphtheria by the intravenous administration of antidiphtheria serum.)** *Lancet. 20. December 1902.*

Verf. empfiehlt die intravenöse Injection von Antidiphtherieserum in folgenden Fällen: Bei bösartigen Formen der Erkrankung, die charakterisirt sind durch Blutungen aus der Nase oder in die Haut, starker Drüsenvergrösserung mit ausgesprochener Zellinfiltration und äusserster Blässe der Haut; ferner bei anscheinend moribund eingelieferten Patienten und bei schwerer Toxaemie. Die Anfangsdosis soll 20000—25000 Immunitäts-Einheiten betragen, und wenn nach 24 Stunden die Anzeichen der Toxaemie noch bestehen, das Fieber continuirlich steigt und die Pulsfrequenz wächst, die Membranen sich ausbreiten, so kann die Dosis ohne Gefahr wiederholt werden. Verf. hält die intravenöse Anwendung des Antitoxins in verhältnissmässig hohen Dosen für ein sehr aussichtsvolles Verfahren auch in solchen Fällen, die eigentlich hoffnungslos aussahen. Zur Illustration seiner Behauptung führt er 7 Krankengeschichten an; in 6 der mitgetheilten Fälle musste die Tracheotomie gemacht werden. Alle Fälle wurden geheilt. Die grösste in seinem Fall überhaupt injicirte Menge betrug 82000 I.-E. Niemals wurden irgend welche unangenehmen Wirkungen von der Injection beobachtet.

ADOLPH BRONNER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

73) **Harmer. Angeborene Membran an der hinteren Wand des Kehlkopfes.** (Aus Prof. O. Chiari's k. k. Univ.-Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten in Wien.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 46. 1903.*

Beschreibung eines anatomischen Präparates, welches bei einer Section im



Wiener pathologischen Institute zufällig gefunden wurde mit histologischem Befunde. Hinweis auf die Seltenheit der Localisation an der Larynxhinterwand.

CHIARI.

74) **Sundholm** (Helsingfors). **Fall von Diaphragma im Larynx. (Fall af diaphragma i larynx.)** *Finska Läkaresellskapets Förhandlingar. 8. März 1902.*

Der Patient wurde vorgestellt. Näheres fehlt.

E. SCHMIEGELOW.

75) **Sippel** (Stuttgart). **Ein Fall von angeborenem Diaphragma des Kehlkopfes.** *Medic. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 9. 1903.*

Ein 2jähriger Knabe hatte von der Geburt an erschwerter Athmung gelitten, im Olgaspital traten schwere Erstickungsanfälle auf. Die laryngoskopische Untersuchung (Krieg) ergab ein angeborenes Diaphragma im subglottischen Raume, die Stimme war erhalten. Nach vorausgeschickter Tracheotomie und endolaryngealer Durchtrennung der Membran wurde durch allmälige Dilatation mittels O'Dwyer'schen Tuben trotz zarten Alters des Kindes völlige Heilung erzielt.

SEIFERT.

76) **B. Gonzalez Valledor** (Madrid). **Laryngitis. (Laringitis.)** *Revist. de Medic. Contemporan. November 1902.*

Verf. behandelt die Therapie der acuten, stridulösen, chronischen und tuberculösen Laryngitiden.

R. BOTEY.

77) **H. Holbrock Curtis. Acute Laryngitis der Sänger; Abortivbehandlung derselben. (Acute laryngitis of singers; its abortive treatment.)** *Laryngoscope. April 1903.*

Hauptbedingung zur erfolgreichen Behandlung ist: absolutes Schweigen oder höchstens Flüstern mit den Lippen. Innerlich wird zuerst Strychnin gegeben; aussen am Hals — dem Verlauf des N. recurrens entsprechend — der galvanische oder faradische Strom applicirt. Grossen Werth legt Verf. der Anwendung eines Adrenalin-Sprays in den Kehlkopf bei; er gebraucht ihn, bevor er mit den Tonübungen beginnen lässt, bei denen er zuerst solche Worte aussprechen lässt, die mit Labialconsonanten anfangen. Ferner wird Kehlkopf und Luftröhre massirt und kalte Packungen um den Hals gemacht.

EMIL MAYER.

78) **Notiz des Herausgebers. Behandlung der acuten Laryngitis. (The treatment of acute laryngitis.)** *Journal American Medical Association. 4. April 1903.*

Rp. Kal. cit. 15,0
Dionin 0,35
Tinct. aconit. 1,6
Spirit. aetheris nitros.
Sir. tolutani ana 24,0
Aq. ad 90,0
MDS. 1 Theelöffel alle 2 Stunden in Wasser.

Rp. Menthol. 6,0
Ol. pini silvestr.
Ol. eucalypt.
Tinct. benz.
Tinct. tolutan. ana 4,0
MDS. Zur Inhalation.

EMIL MAYER.

79) **Ralph Deits. Fibrosis des Kehlkopfs und der Trachea. (Fibrosis of the larynx and trachea.)** *N. Y. Medical Journal. 18. April 1903.*

Verf. beschreibt unter diesem Namen die Veränderungen, die Kehlkopf- und Trachealschleimhaut als Folge und Ausgang eines lange dauernden chronischen Katarrhes aufweisen, nämlich Atrophie der Schleimhaut, theilweise Umwandlung des Cylinderepithels in Plattenepithel und fibröse Degeneration der Submucosa.

EMIL MAYER.

80) **Schengelidse. Laryngitis membranacea ohne Löffler'sche Bacillen. (Plontschati laring. los palotsch. Löfflera.)**

S. beschreibt 3 Fälle, welche alle letal endeten. Die Membranen reichten fast bis zur Bifurcation. Es wurden nur Staphylo-, Strepto- und Diplokokken gefunden.

P. HELLAT.

81) **Richard Rummler. Den Dermatosen analoge Schleimhauterkrankungen des Kehlkopfs.** *Dissertation. Breslau 1901.*

Verf. theilt in seiner unter Kümmel ausgeführten Dissertation die den Dermatosen analogen Schleimhauterkrankungen des Kehlkopfs in verschiedene Gruppen ein.

In der der ersten sind Affectionen aufgestellt, welche sich durch das Auftreten von Blasen charakterisiren: Pemphigus, Herpes, Erythema exsudativum multiforme, Aphthen, Miliaria, Variola, Varicellen, Laryngitis fibrinosa.

In der zweiten Gruppe kommt es zu einer mehr circumscripten Anhäufung von Rundzellen: Lichen, Erythema nodosum.

Bei der dritten breitet sich die Exsudation über einen grösseren Raum aus: Urticaria, angioneurotisches Oedem.

Von Pemphigus, Herpes, Erythema exsudativum multiforme, Urticaria werden eigene Beobachtungen berichtet.

Verf. spricht sich dahin aus, dass die exsudativen Processe im Larynx Theilerscheinungen eines Allgemeinleidens sind. Meist tritt neben der Kehlkopfaffection gleichartige Betheiligung der übrigen Schleimhäute der oberen Luftwege sowie der äusseren Haut auf. Isolirtes Vorkommen der Larynxerkrankung ist eine Ausnahme.

Das Einsetzen der Affectionen erfolgt ziemlich stürmisch. Bloss Lichen ruber entwickelt sich allmälig.

Ohne Fieber verlaufen das angioneurotische Oedem, Urticaria, Lichen, Laryngitis fibrinosa, alle anderen genannten Affectionen sind im Beginn von erhöhter Temperatur begleitet.

Alle Affectionen kann man als acute und chronisch recidivirende bezeichnen.

Klinisch treten sie mit Schlingbeschwerden, Drücken, Brennen im Kehlkopf, Heiserkeit und Athemnoth auf.

Die einzelnen Affectionen klingen in wenigen Tagen ab mit Ausnahme des Lichen ruber. Sie lassen sich aber doch nach der Dauer ihres Bestehens in einzelne Gruppen theilen.

Zu der ersten Gruppe gehören Herpes, Urticaria, angioneurotisches Oedem. Die Krankheitssymptome treten plötzlich auf, erreichen in wenigen Stunden den Höhepunkt, klingen dann schnell ab.

Zu der zweiten Gruppe gehören die Erytheme. Die Larynxprocesse entwickeln sich noch schnell; man beobachtet aber schon ein schrittweises Entstehen der Herde, eine gewisse Stabilität. Auch der Ablauf zieht sich länger hin als bei der ersten Gruppe.

Bei dem zur dritten Gruppe gehörenden Pemphigus entwickeln sich die Beschwerden noch langsamer. Die Efflorescenzen treten je nach der Schnelligkeit der Exsudation in Form von Blasen oder graugelblichen Auflagerungen auf. Erstere bersten rasch durch geringe traumatische Einwirkungen und machen dann grauen Belägen oder Erosionen Platz.

Zur vierten Gruppe gehört der Lichen. Langsam und ohne Beschwerden zu verursachen entwickeln sich bei ihm die Knötchen, welche erst bei einer bestimmten Anzahl und Ausbreitung geringes Brennen verursachen. Das Spiegelbild zeigt constant die blassrosa gefärbten Knötchen, die sich nach der Peripherie hin ausbreiten. Ganz allmälig tritt erst im Centrum eine Resorption ein, während ringsherum der Process fortschreitet.

Die Neigung zu Recidiven ist bei den exsudativen Kehlkopfprocessen sehr ausgeprägt.

Die Prognose der exsudativen Processe ist gut, abgesehen von Impetigo herpetiformis, Variola, Varicellen und Ausnahmefällen bei Urticaria und angioneurotischem Oedem.

Die Diagnose der besprochenen Processe ist leicht, wenn eine auffallende Hautbetheiligung da ist.

Lichen wird durch Arsen, Erythema nodosum durch Salicylsäure erfolgreich bekämpft; alle anderen genannten Kehlkopfaffectionen zeichnen sich therapeutischen Bestrebungen gegenüber durch erhebliche Hartnäckigkeit aus.

J. KATZENSTEIN.

82) **Carlo Biaggi. Kehlkopflocalisation der Influenza bei Gesangskünstlern. (Localizzazioni laringee dell'influenza negli artisti di canto.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. 5. April 1903.*

Verf. beschreibt die Kehlkopfveränderungen, die er während einer Influenza-Epidemie bei Berufssängern beobachtet hat. Die Patienten werden von plötzlicher Heiserkeit befallen und man findet im Kehlkopf entweder ein leichtes Oedem am freien Rand der Stimmbänder ohne irgend welche entzündliche Erscheinungen sonst im Kehlkopf oder eine Congestion an den Stimmbändern, die am geringsten am freien Rande ist und von dort aus noch lateralwärts an Intensität zunimmt.

Auch in diesem Falle fehlen alle sonstigen entzündlichen Erscheinungen an den oberen Respirationsorganen. Fieber fehlt gleichfalls. FINDER.

83) Joseph S. Gibb. **Kehlkopfsymptome als Complication eines Falles von Purpura haemorrhagica. (Laryngeal symptoms complicating a case of purpura haemorrhagica.)** *American Medicine. 18. October 1902.*

Es handelt sich um ein haemorrhagisches Oedem der Submucosa. Die Symptome bestanden in Stenoseerscheinungen; Application von Cocain- und Adrenalinlösung auf die Larynxschleimhaut brachte vorübergehende Erleichterung; Patient ging an Erstickung zu Grunde. Verf. giebt die Schuld an dem tödtlichen Ausgang der Anwendung des Adrenalin, das nach anfänglicher Gefässcontraction eine in diesem Falle sehr verhängnissvolle Hyperaemie nach sich gezogen habe. Er warnt vor der Anwendung von Adrenalin im Kehlkopf. EMIL MAYER.

84) Mlle. Francillon. **Ein Fall von ulcerösem Laryngo-Typhus. (Un cas de laryngo-typhus ulcéreux.)** *Société médecine des hôpitaux. 17. Februar 1903.*

Die Kehlkopfcomplication zeigte sich am 17. Krankheitstage in einem mittelschweren Typhusfall bei einer im 3. Monat schwangeren Frau. Die klinischen Erscheinungen waren: Dyphagie, Dyspnoe und so starke Verschlechterung des Gesammtzustandes, dass auf die Tracheotomie verzichtet werden musste. Bei der Autopsie fand sich Ulceration des freien Randes der Epiglottis und des hinteren Theils der Stimmbänder. PAUL RAUGÉ.

85) R. E. Mathews. **Primäre Kehlkopf- und Rachentuberculose. (Primary tuberculosis of the larynx and pharynx.)** *The Medicus. Juni 1902.*

Bericht über einen Fall. EMIL MAYER.

86) T. C. Sharp. **Tuberculöse Laryngitis. (Tuberculous laryngitis.)** *N. Y. Medical Journal. 7. Februar 1903.*

Sh. glaubt nicht an das Vorkommen primärer Larynxtuberculosen. Er ist ein Feind der energischen Lokalbehandlung, hält aber in manchen Fällen eine Heilung für möglich. Er bespricht zwei Gruppen, nämlich 1. Fälle, in denen die Ulcerationen sich beschränken auf die Stimmbänder, Taschenbänder und die Intrarytaenoidfalte und in denen keine Infiltration der Umgebung vorhanden ist und 2. solche mit Ulcerationen der Aryknorpelschleimhaut, der ary-epiglottischen Falten, der Stimm- und Taschenbänder, mit Infiltration oder Fälle mit Infiltration ohne Ulcerationen. Bei Kranken mit Ulcerationen ohne Infiltration und noch nicht weit vorgeschrittener Lungenaffection, sind die Chancen für die Heilung gut, besonders, wenn der Digestionsapparat nicht angegriffen ist und der Patient grosse Dosen Kreosot gut vertragen kann. In Fällen, wo Infiltration besteht, ist Luftwechsel von nöthen; kommt jedoch zu der Infiltration noch Geschwürsbildung, so ist nach Sh.'s Ansicht der tödtliche Ausgang innerhalb 3—6 Monaten sicher und es wäre thöricht, den Kranken auf Reisen zu schicken. Solange nur Infiltration vorhanden ist, hat Verf. von Kreosot und Freiluftbehandlung gute Erfolge gesehen. LEFFERTS.

87) **L. B. Lockard. Die operative Behandlung der Kehlkopftuberculose. (The operative treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Philadelphia Medical Journal. 18. April 1903.*

L. glaubt an den Erfolg der chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberculose, vorausgesetzt, dass eine sorgfältige Auswahl der für diese Behandlungsart geeigneten Fälle getroffen wird. Die Affection muss circumscript und gut zugänglich sein, der Lungenprocess im Anfangsstadium sich befinden, das Allgemeinbefinden gut und kein Fieber, Herzschwäche oder Erkrankung anderer Organe vorhanden sein. Auch in vorgeschrittenen Fällen können die verschiedenen endolaryngealen Operationsmethoden noch ein Mittel darstellen, um die Beschwerden des Patienten zu verringern, ihm das Essen zu erleichtern, Stenosen zu beseitigen etc. EMIL MEYER.

88) **Otto T. Freer. Kehlkopftuberculose und Aspirationstuberculose der Lungen im Gefolge von Blastomyceten-Dermatitis. (Tuberculosis of the larynx and aspiration tuberculosis of the lungs following dermatitis blastomycetes.)** *N. Y. Medical News. 30. Mai 1903.*

Die geringe Zahl der bisher vorliegenden Fälle von Infection der Haut mit pathogenen Pilzarten ist zu gering, um entscheiden zu können, ob die Tuberkulose wirklich als Folge dieser Infection oder als ein rein zufälliges Zusammentreffen mit ihr zu betrachten ist. F. giebt einen detaillirten Bericht über seinen Fall mit Angabe des laryngoskopischen Befundes und des Sectionsergebnisses.

LEFFERTS.

89) **Löhnberg. Die Kehlkopfschwindsucht der Schwangeren.** *Münch. med. Wochenschr. No. 8. 1903.*

Im Anschluss an die Beobachtungen Kuttners über den Verlauf der Kehlkopftuberculose bei Schwangeren theilt Löhnberg seine Erfahrungen mit. Das Blut der Schwangeren ist ärmer an Hämoglobin, reicher an weissen Blutkörperchen, es ähnelt aber sehr dem bei Chlorose und Anämie; auch die Blutvertheilung ist eine andere, da die Athmung beeinträchtigt, die Herzaction herabgesetzt ist; dazu wird der Organismus der Schwangeren noch geschädigt durch Erschütterungen des Nervensystems, Unlust zum Essen, neuralgische Beschwerden, Dinge, welche den Ausbruch der Tuberculose begünstigen können; auch scheint eine ganz besondere Disposition für Erkrankung des Kehlkopfes zu bestehen und erinnert L. an die Beziehungen zwischen Sexualsphäre und oberen Luftwegen. Die 5 Beobachtungen L.'s beweisen, dass der Verlauf der Larynxtuberculose ein rapid fortschreitender ist. Die Frage, ob bei schwangeren Kehlkopfphthisikerinnen die künstliche Frühgeburt einzuleiten sei, hält L. noch nicht für spruchreif und bedarf es noch weiterer Beobachtungen, zumal auch die Ansichten über den Erfolg der Unterbrechung der Schwangerschaft sehr verschieden lauten. SCHECH.

90) **Kronenberg. Die Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 15 u. 16. 1903.*

Wie die so ausserordentlich differirenden Zahlen über Heilung der Kehlkopftuberculose zu erklären sind, ist schwer zu sagen; hier liegt es theilweise am

Material, theilweise an vorschneller Diagnose, vielleicht auch ein wenig am Zufall. Beginnende Infiltrate hält K. für am günstigsten, weniger Geschwüre; dabei kann das Infiltrat sich resorbiren, das Geschwür weiter schreiten und umgekehrt. Die Hauptfrage bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose ist die, was die chirurgische Behandlung bietet? K. meint, die Sturm- und Drangperiode der chirurgischen Behandlung sei vorüber, man trete jetzt mit Skepsis an den tuberculösen Larynx heran und suche sich sorgfältig die Fälle aus. K. ist vor allem ein Gegner der principiellen Laryngofissur, wie sie Goris vorschlug; denn sie schütze keineswegs vor Recidiven, auch wenn man alles Tuberculöse entfernt habe. K. ist ferner auch ein Gegner der prophylactischen Tracheotomie zur Ruhigstellung des Kehlkopfes. Nicht ausgedehnte und nicht in toto zu entfernende Infiltrate soll man nicht chirurgisch angreifen, da sie oft von selbst heilen oder jahrelang stationär bleiben. Bei umfangreichen Geschwüren am Kehldeckel kann es bei der Operation zu heftiger Blutung kommen, weshalb sich für solche Fälle die poliklinische Behandlung nicht eignet. Geschwüre an den Stimmbändern greifen oft tief unter die Glottis und sind so schwer zu beseitigen.

K. ist kein Freund der einfachen Curette und empfiehlt stets die Doppelcurette. Am umstrittensten ist die Frage nach der Behandlung jener Fälle, bei denen eine gründliche Beseitigung alles Kranken nicht möglich ist. Nur soll man nach K. möglichst wenig operiren, um nicht neue Infectionsherde zu schaffen und nur palliativ vorgehen, störende Granulationen beseitigen, Abscesse öffnen, Pulver einblasen, nachdem das Secret durch Ausspritzen mit Kochsalz- oder Sodalösung entfernt ist; auch Mentholöl, Jodoformöl, Zimmtöl sind zu versuchen. Die Milchsäure hält K. nicht für ein specifisches Mittel, sicher ist, dass viel damit geschadet wird. K. empfiehlt die Trichloressigsäure, ganz besonders aber die Galvanokaustik, letztere namentlich bei Geschwüren der Hinterwand.

Neben der localen chirurgischen ist aber auch die Allgemeinbehandlung nicht zu unterlassen und auch Hetol zu versuchen. Sehr zu bedauern ist, dass in den meisten Heilstätten Kehlkopfphthisiker nicht aufgenommen werden.

Die Details müssen im Original gelesen werden.

SCHECH.

91) **Talbot R. Chambers. Excision der Epiglottis wegen Lupus. (Excision of the epiglottis for lupus.)** *Laryngoscope. Februar 1903.*

Die Epiglotttis wurde mittels einer sogenannten Brandigee-Adenoidenzange unter Leitung des Fingers abgetragen.

EMIL MEYER.

92) **L. H. Miller. Lupus des Kehlkopfs. (Lupus of the larynx.)** *Brooklyn Medical Journal. Februar 1903.*

Die Epiglottis war in diesem Fall der einzige von Lupus befallene Theil des Larynx. Nach Behandlung mit Roentgen-Strahlen trat eine Besserung ein und der Process schritt nicht weiter. Verf. meint, wenn es gelänge, die Strahlen durch einen eigens construirten Tubus direct auf die erkrankten Partien des Kehlkopfes zu leiten, so könne in solchen Fällen leicht Heilung erzielt werden.

EMIL MAYER.



93) **Thomas F. Harris. Primärer Kehlkopflupus. (Primary lupus of the larynx.)** *Laryngoscope. Mai 1903.*

Ein Fall, der eine 73jährige Frau betrifft. Die Epiglottis war total zu Grunde gegangen. Es fanden sich gar keine Bacillen im Sputum, doch bestand unzweifelhafte Lungenschwindsucht.

EMIL MAYER.

94) **M. R. Ward. Perichondritis des Kehlkopfs. (Perichondritis of the larynx.)** *Laryngoscope. Februar 1903.*

Bericht über einen Fall auf syphilitischer Grundlage.

EMIL MAYER.

95) **Walker Downie Ein Mittel, um das Beschlagen des Kehlkopfspiegels ohne Anwendung von Hitze zu verhüten. (A method by which deposition of moisture on the laryngeal mirror may by prevented without the aid of heat.)** *Lancet. 1. März 1902.*

Der Spiegel wird zuerst mit einem weichen Tuch abgewischt und dann mit dem „crayon anti-buée" (käuflich in Glasgow Hilliard 63 Renfield-street) eingerieben.

A. BRONNER.

96) **J. Haight. Ein neuer aseptischer Kehlkopfspiegel. (A new aseptic throat mirror.)** *Journal American Meaical Association. 3. Mai 1903.*

Der Spiegel hat Nickelfasssung; man taucht ihn vor dem Gebrauch in heisses Wasser, lässt das Wasser ablaufen und benutzt ihn, ohne ihn vorher abzutrocknen.

EMIL MAYER.

97) **Silberstein** (Blankenhain). **Eine aseptische Kehlkopfspritze.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 23. 1903.*

Handliche Spritze ganz aus Glas und Durit, vollkommen auskochbar für den äusserst billigen Preis von M. 1,75. Lieferant: Pfau in Berlin.

ZARNIKO.

98) **P. Heymann. Ein neuer Watteträger und ein neuer Pulverbläser für den Kehlkopf.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 3. 1902.*

Bei dem neuen Watteträger wird durch Zurückschieben des Griffes der mit der Zange gefasste Wattebausch, dem man verschiedene Grösse und Form geben kann, festgeklemmt. Bei dem neuen Pulverbläser ist für jedes Pulver ein eigener Pulverbehälter vorgesehen

SCHECH.

f. Schilddrüse.

99) **Reynard** (Lyon). **Kropf und Nasenpolypen. (Goitre et polypes muqueuses des fosses nasales.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 19. November 1902.*

Ein 20jähriges junges Mädchen, das ausser am Kropf, seit seiner Kindheit an Nasenpolypen leidet. Patientin ist in ihrer Entwicklung zurüchgeblieben.

PAUL RAUGÉ.



100) **Parmentier. Struma und Nasenrachenaffectionen. (Goitre et affections rhino-pharyngées.)** *Bulletin de la Soc. Belge d'Otologie et de Laryngol. p. 210. 1903.*

1. 38jähriger Schreiner, stellt sich mit beiderseitigem Nasenverschluss in Folge von Nasenschleimpolypen vor; zu gleicher Zeit besteht eine faustgrosse Struma. Nach Entfernung der Polypen und innerlichem Gebrauch einer Schachtel von Thyroidintabletten verschwand die Struma vollständig. Patient hatte bemerkt, dass sich mit dem Freiwerden der Nasendurchgängigkeit zu gleicher Zeit der Tumor zurückbildete.

2. 44jährige Schneiderin, stellte sich am 6. Mai 1901 vor mit einer wallnussgrossen Hypertrophie des rechten Schilddrüsenlappens, von gleichmässiger Structur und beweglich bei Deglutitionsbewegungen. Die Behandlung und Heilung einer bestehenden Pharyngitis, ohne Darreichung von Thyroidintabletten brachten die Geschwulst bis zum 30. Mai zum vollständigen Verschwinden. Von anderer Seite war der Patientin die Operation vorgeschlagen worden.

In beiden Fällen scheint dem Autor der Einfluss der Rhinopharyngealbehandlung auf die Rückbildung der Struma unzweifelhaft.

BAYER.

101) **John T. Hewetson. Angeborener Kropf. (Congenital goitre.)** *Brit. med. Journal. 21. März 1903.*

Bei der Entstehung des angeborenen Kropfes spielt die Heredität eine grosse Rolle. Demme fand unter 642 Fällen von Struma 53 angeborene; von diesen 53 Patienten waren bei 14 beide Eltern kropfleidend, bei 23 allein die Mutter und nur bei 16 war keine Heredität nachweisbar. Männer neigen mehr zum congenitalen Kropf als Frauen.

In dem vom Verf. mitgetheilten Fall war kein hereditäres Moment nachweisbar. Es handelte sich um einen Gefässkropf. Das Kind starb 5 Minuten nach der Geburt. Verf. giebt einen durch Illustrationen erläuterten Sectionsbericht.

JAMES DONELAN.

102) **V. S. Menniht. Perniciöse Anaemie nach Anschwellung der Schilddrüse. (Pernicious anaemia following thyroid enlargement.)** *N. Y. Medical Record. 25. April 1903.*

Es handelte sich um eine 43jährige Frau. Während die Anaemie immer mehr zunahm, trat im Wachsthum der Struma eine Verlangsamung ein. Pat. starb 2 Monate, nachdem sie ärztliche Behandlung aufgesucht hatte.

LEFFERTS.

103) **B. Barwell. Ein Fall von Kropf an einer abnormen Schilddrüse. (A case of goitre in an abnormal thyroid gland.)** *Lancet. 11. April 1903.*

Ausser einer Anschwellung des rechten Seitenlappens der Schilddrüse fand sich an der linken Seite des Halses ein vollkommen von der Halsfascie eingeschlossener und von der Schilddrüse getrennter Tumor. Es handelte sich entweder um eine Struma einer accessorischen Schilddrüse oder um solche des congenital von der übrigen Schilddrüse getrennten linken Lappens.

ADOLPH BRONNER.



g. Oesophagus.

104) **J. Marti y Casás** (Barcelona). **Oesophagus-Stenosen. (Estenosis esofágicas.)** *Revist. de Especialid. Medic. August 1902.*

Mehrere Schlussfolgerungen hinsichtlich der Ursachen und Behandlung der Verengerungen der Speiseröhre. R. BOTEY

105) **Seldowitsch. Behandlung von narbigen Stenosen des Oesophagus durch Elektrolyse. (Letschen. pubz. suschenii pischtschew. elektrolisem.)** *Rus. Wratsch. No. 1. 1903.*

S. theilt 3 Fälle mit, in denen er durch die Elektrolyse die Stenose heilen konnte. Die Stromstärke wurde nicht weiter geführt als bis 5 oder 6 M. A. Die Sitzung dauerte 4—5 Minuten. Schon nach der ersten Sitzung konnte eine Besserung constatirt werden. P. HELLAT.

106) **J. R. Lunn. Traumatische Strictur des Oesophagus. (Traumatic stricture of oesophagus.)** *Clin. Society of London. Brit. med. Journ. 31. Januar 1903.*

Die Strictur in diesem einen 63jährigen Mann betreffenden Fall befand sich 7 Zoll hinter den Zähnen. Im Jahre 1900 wurde die Gastrotomie gemacht; nach vier Wochen ging Pat. seinem Beruf als Seemann nach und ernährte sich selbst durch die Magenfistel. September 1902 wurde die Fistel geschlossen; Pat. hat ausser gelegentlicher Dysphagie keine Beschwerden und kann auch etwas feste Speisen per os zu sich nehmen. E. B. WAGGETT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **M. Bresgen, Die Entzündungen der Nasenhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes, besonders auch in ihren Beziehungen zu einander, sowie zu anderen benachbarten oder entfernteren Gebilden. IV. Die Dauerentzündungen der Rachenhöhle. V. Die frischen Entzündungen des Kehlkopfes und der Luftröhre.** Bresgen's Samml. zwanglos. Abhandl. VI. 8. 1902. Carl Marhold, Halle a/S.

Die frische Entzündung führt nicht selten zur Dauerentzündung; jene wieder hat ihre erste Ursache in der Mundathmung; reichlicher Genuss von Tabak und Alkohol und stark gewürzten Speisen fördern die Dauerentzündung, ebenso wie Reizzustände der drüsigen Bestandttheile der Rachenschleimhaut (Masern, Scharlach, Diphtherie, Diabetes); weiter wird sie ungünstig beeinflusst durch Herz-, Lungen-, Magen- und Nierenkrankheiten, Stuhlverstopfung u. a. Tuberculose und Lupus nehmen selten ihren Ausgang ursprünglich von der Rachenhöhle: Geschwülste scheinen sich auf dem Boden einer Dauerentzündung zu entwickeln.

Die Beschwerden bestehen in Trockenheit, Kratzen, Fremdkörpergefühl; objectiv zeigt sich Röthung und Schwellung, Absonderung, Uvula elongata, oder Schleimhautschwund, Krusten u. s. w. oder Vergrösserung der 4 Mandeln u. s. w.

Wichtig ist die genaue Feststellung des Verhältnisses der Gaumenmandeln zu den Gaumenbögen und der übrigen Umgebung, die Palpation des Nasenrachens.

Es folgt die Symptomatologie der Rachenmandelhyperplasie, des Lupus und der Tuberculose des Pharynx, der Syphilis.

In Bezug auf die Behandlung warnt B. vor den „blinden Pinselungen der unteren Rachenhöhle", empfiehlt zweckmässige Lebensweise, Gurgelungen mit Kochsalzlösung, Bestreichen mit Jodglycerin, event. Nasenbehandlung, nöthigenfalls Tonsillotomie, Abtragung der Zungentonsille und Adenotomie.

Ist die Rachentonsille wenig vergrössert, so schwindet sie oft, wenn man die Nase freigemacht hat; das Blut soll nach der Adenotomie nicht ausgespieen, sondern geschluckt werden (! Ref.).

Bei eitrigen Entzündungen der oberen hinteren Rachenwand im Bereiche des adenoiden Gewebes sind kräftigere Pinselungen mit Jodglycerin am Platze; stellt die mittlere Spalte eine stärkere Vertiefung dar, Auskratzung.

Bei der Pharyngitis sicca empfehlen sich Jodglycerinpinselungen, Massage.

Bei Syphilis soll die örtliche Behandlung nicht vernachlässigt werden.

Eine der Hauptursachen für die frischen Entzündungen des Kehlkopfes und der Luftröhre ist die Mundathmung, dann „Erkältung", Fremdkörper, Einathmung reizender Gase, stimmliche Anstrengung. Die Laryngitis phlegmonosa ist durch Verletzung bei gleichzeitiger Einwanderung von Entzündungserregern bedingt; hierher gehört auch die Phlegmone und das Erysipel.

Die einfache Entzündüng verursacht ein Trockenheitsgefühl, Kitzel, Hustenreiz, Wundsein, Heiserkeit, Absonderung, Athembeschwerden. Bei Bläschenausschlag heftigere Schmerzen.

Röthung der Epiglottis-, der Ary- und Interarytenoidgegend, Stimmbänder etc.

Der Bläschenausschlag findet sich meist am Rande des Kehldeckels sowie an den Stimmbändern (? Ref.).

Fremdkörper verursachen je nach Grösse und Gestalt verschiedene Symptome. Die heftigsten Entzündungen werden hervorgerufen durch Verbrühungen und Verätzungen der Schleimhaut (entzündliches Oedem), Phlegmone und Erysipel; die Influenzaerkrankungen sind hartnäckig; bei den Masern finden sich in Larynx und Trachea mohnkorngrosse rothe Flecke, bei Scharlach zuweilen rothe Scharlachpünktchen, bei Blattern Röthe mit oder ohne nachfolgende Pustelbildung mit Blutungen; beim Typhus Schwellung der Follikel, kraterförmige Geschwüre mit wulstigen Rändern und schmierigem Belag, Decubitus u. s. w. Es folgt die Besprechung der Diphtherie.

Bei der Behandlung sind vor Allem die Krankheitsursachen zu berücksichtigen; gesundheitsmässiges Verhalten, Schonung, Priessnitz, Salzwassergurgelungen; gegen den Hustenreiz Heroin, später Apomorphin; bei Krustenbildung im Kehlkopf Jodnatrium, Einathmung von Kochsalzlösung.

Zur örtlichen Behandlung empfehlen sich Einblasungen von Alaun, bei Krustenbildung Pinselungen mit Europhenparaffin, Sozojodolnatrium.

Bei tiefer greifenden Entzündungen Eis, Tracheotomie, Intubation, Incisionen u. s. w. A. Rosenberg.



b) Sitzungs-Bericht der Gesellschaft ungarischer Kehlkopf- und Ohrenärzte.

Sitzung vom 20. März 1902.

Vorsitzender: v. Navratil.
Schriftführer: Zwillinger.

1. v. Navratil: Schnittverletzung des Kehlkopfes, tiefer Luftröhrenschnitt, Heilung.

30 Jahre alter Mann durchschnitt sich am 14. October 1892 die Kehle. 5 Monate hindurch fortgesetzte erfolglose Behandlung, klaffende Wunde des Kehlkopfes. Der Schnitt trennte die Schildknorpel über dem linken Stimmbande und rechts $1/2$ cm unter dem rechten Stimmbande; am wuchernden Wundrande reichlicher Belag; bedeutende Schleimabsonderung. Tiefer Luftröhrenschnitt nach Entfernung der Wucherungen. Tamponade mit steriler Gaze. Nach 40 Tagen schloss sich die Wunde. Nach 2 Jahren meldete sich Patient, er athmet bei verstopfter Canüle; die Canüle wurde entfernt. Befund folgender: Das linke Ringknorpelgelenk fixirt, die Function des rechten erschwert, die Stimmritze $3^1/_2$ mm breit; das linke Stimmband zeigt sich als rothes Bündel, das rechte falsche Stimmband ragt hypertrophisch in den Kehlkopfraum hinein, das wahre verdeckend. Die Schildknorpel unterhalb des Pomum Adami fehlen im Umfange eines Thalers, hier eine narbige Vertiefung. Entsprechend dieser Vertiefung ist im Innern, unterhalb der Stimmbänder, eine halbmondförmige, weisse, narbige Leiste sichtbar, welche die Stimmritze verengt. Stimme wahrnehmbar. Pat. fühlte sich 7 Jahre und 5 Monate hindurch wohl und versah als Landmann seine Arbeit ununterbrochen. Anfang März 1902 stellte sich erschwertes Athmen ein. Die Partie unterhalb des Kehldeckels und die vordere Commissur injicirt, geschwellt, verlegt die Stimmritze, das Athmen schwach und geräuschvoll. Antiphlogistische Behandlung. Nach 2 Tagen bildet sich das entzündliche Infiltrat zurück, die Stimmritze ist 4 mm weit, so dass gegenüber dem Befinden vor $7^1/_2$ Jahren eine bedeutende Besserung zu constatiren ist.

2. v. Navratil: Trachealstenose.

Dem 24jährigen Strassenkehrer schwoll vor 3 Jahren das Brustbein an. Die schmerzlose Geschwulst wurde eröffnet, bei welcher Gelegenheit sich blutiger Eiter entleerte; mittels öfterer Auskratzungen sind Knochenbestandtheile entfernt worden. Gegenwärtig ist dem Manubrium sterni entsprechend eine 8 cm lange, 4 cm breite, ovale, unter das Niveau der Brustwand gesunkene, sehr zähe, massive und rigide, angespannte Narbe sicht- und fühlbar. Die untere Fortsetzung geht auf das Brustbein über, hat jedoch hier eine knöcherne Unterlage, wogegen beim Manubrium eine solche vollkommen fehlt. Im oberen Theile der Narbe sind die sternalen Enden beider Schlüsselbeine ab- und eingezogen, so dass zwischen beiden die Incisura jugularis als schmaler Streifen erscheint; der Druck auf die Narbe ist schmerzhaft. Im Kehlkopfe und dessen unterem Raume nichts Abnormes, im sichtbaren Theile der Luftröhre keine Veränderung. In den Brustorganen negativer Befund. Auch die Radiographie zeigt, abgesehen von den oben ange-

geführten Veränderungen des Brustbeins, nichts Abweichendes. Schweres Athmen, bei grösseren Körperbewegungen Erstickungsanfälle. Inspirium geräuschvoll, Exspirium erschwert, Expectoration unmöglich.

Vortragender glaubt die Ursache der Tracheostenose in die erfolgte Vernarbung des Brustbeingriffes verlegen zu können. Der Fall ist in seiner Art ein Unicum. Für diese Annahme spricht noch der Umstand, dass die Symptome der Luftröhrenverengerung seit der Zeit bestehen,' seit welcher die Erkrankung des Brustbeingriffes, resp. dessen Vernarbung besteht, und steigerte sich dieselbe bei der fortwährenden Schrumpfung, Rigidität und Einsinken der Narbe. Falls die Athemnoth sich steigern sollte, wird Vortragender den Luftröhrenschnitt ausführen und eine dünnere König'sche Canüle oder einen elastischen Katheter in die Luftröhre einführen.

3. Zwillinger: Fall von Perichondritis septi nar. idiopath. acuta.

22 Jahr alter Tischler hat an der linken Seite des Septums einen Abscess. Nach Eröffnung desselben entleerte sich der Eiter. Tamponirung mit steriler Gaze. Vortragender vermeidet bei diesen Fällen jedes Curettement oder Einführen von Gaze in die Höhle. Restitutio in integrum in 5 Tagen.

4. Lipscher: Gestielte Geschwulst der rechten Tonsille.

Bei der Inspection aus der rechten Mandelnische hervortretende, bedeutende Geschwulst sichtbar, die bei jeder Schlingbewegung aus der Tiefe in den Mund tritt und sich über die Zunge erhebt und den Rachen ausfüllt. Die Geschwulst ist von der Grösse eines Hühnereies, die Oberfläche glatt, von Schleimhaut bedeckt und präsentirt sich schon dem Auge als solider Tumor. An dem äussersten Ende ist eine oberflächliche Erosion. Entzündung ist nicht wahrnehmbar, kein Schmerzgefühl.

Mit Wahrscheinlichkeit kann die Diagnose auf Fibrom gestellt werden. Vortragender wird die Geschwulst mittelst Scheere und Pincette entfernen. Vor Entfernung mit der Schlinge warnt Mikulicz ausdrücklich, da der Stiel sehr rigid zu sein pflegt.

5. Donogány und Fischer: Operirter Fall eines Tuberculoma nasi.

31 Jahre alte Magd, zeigt am Nasenrücken und an der Haut beider Wangen Narben, welche von einem seit früher geheilten Lupus herrühren. Seit 1889 ist die rechte Nasenhälfte verlegt. Die Verstopfung beider Nasenhälften wurde vor beiläufig 3 Monaten vollkommen. Pat. hustet, rechte Lungenspitze infiltrirt. Die Nasenöffnungen sind von gräulich-weissen, weichen, auf Berührung leicht blutenden Massen ausgefüllt; Choanen frei. Am Halse Narben. Im Granulationsgewebe epitheloide Tuberkel, nebst einer grossen Anzahl von Riesenzellen. Tuberkelbacillen fehlten. Während des endonasalen Eingriffes (31. October 1901), stellte es sich heraus, dass ein grosser Theil des Septum fehlt, die Perforation sich auf den knöchernen Theil desselben erstreckt, ringsherum sind die Muscheln und die Basis mit Granulationen bedeckt.



Endonasale Entfernung gelang in Folge heftiger Blutung nur zum Theile. Nach einigen Tagen hatte sich die freigewordene Nase wieder verlegt. Der Tumor wurde dann nach der Bruns'schen Methode vollkommen entfernt. Heilung per primam.

Das Resultat ist in kosmetischer Hinsicht sehr befriedigend.

6. v. Lénart: Demonstrirt einen Fall von Rachentuberculose.

In Folge einer vereiterten tuberculösen Drüse grosses Ulcus der hinteren Wand. Auskratzung und Jodoformeinblasung führte zur Heilung. Pat. leidet an Caries der Handwurzelknochen an der linken Hand.

Sitzung vom 24. April 1902.

1. v. Navratil: Kehlkopfgeschwulst.

45jährige Taglöhnerin. Vor 2 Jahren war das linke Arygelenk unbeweglich, am entsprechenden Processus vocalis eine erbsengrosse, unebene Erhabenheit, das linke Taschenband infiltrirt. Der Tumor wurde endolaryngeal entfernt. Der mikroskopische Befund lautete auf Plattenepithelcarcinom.

Den 8. April 1901 war der laryngoskopische Befund folgender: Aryknorpelgelenk frei, an Stelle des Tumors eine Infiltration von glatter Oberfläche, welche sich auf das linke Taschenband erstreckt, ohne dasselbe in seinen Bewegungen zu behindern. Neuerer mikroskopischer Befund: ergab bloss entzündlich infiltrirtes Gewebe.

2. v. Navratil: Epithelialcarcinom der Highmorshöhle, der Nase und des Nasenrachens.

54 Jahre alter Taglöhner. Die Untersuchung ergab einen die ganze linke Nasenhälfte bis zur Choane, sowie das linke Antrum Highmori ausfüllenden Tumor. Die mikroskopische Untersuchung stellte den cancrösen Charakter ausser Zweifel.

Operation am 4. März 1902. Wegen eventueller Aspiration des Blutes wurde vor allem die präventive Tracheotomie ausgeführt. Gewöhnlich pflegt bei unseren Oberkieferresectionen diese eine präventive Operation zu genügen, aber in diesem Falle schien es angesichts der grossen Ausdehnung des Tumors rathsam, auch noch die linke Carotis externa zu ligiren. Schnitt nach Nélaton.

Nach Zurückpräparirung der Weichtheile stellte sich heraus, dass der Tumor die vordere Wand des Antrum Highmori durchbrochen und die Gesichtsweichtheile ergriffen hatte. Diese Weichtheile wurden weggeschnitten. Es stellte sich heraus, dass der eigentliche Ausgangspunkt des Krebses die äussere hintere Ecke der Highmorshöhle war, und dass derselbe von da blumenkohlartig hervorwuchs, die mediane Wand der Highmorshöhle durchbrochen und die ganze linke Nasenhälfte erfüllt hatte. Damit die linke Hälfte der Nase vollkommen übersehbar werde, wurden die Nasenbeine mit einem der Bruns'schen osteoplastischen Resection entsprechenden Schnitte zurückgeklappt. Nun war alles Krankhafte leicht zu entfernen. Ein Ausläufer des Tumors wurde aus dem Orbitalfette entfernt.

Nach erfolgter Tamponirung der grossen Wundfläche wurde der Nélaton-Haut- und der Bruns'sche osteoplastische Lappen zurückgelegt und mit Nähten befestigt. Die Blutung war in Folge der Ligatur der Carotis extr. eine sehr geringe. Die Nachbehandlung bestand aus täglicher Erneuerung des Verbandes und des Tampons. Abgesehen von den geringen Temperaturerhöhungen der ersten Tage, welche aber 30° nie überschritten, war der ganze Verlauf ideal und jetzt wird der Kranke, 20 Tage nach der Operation, geheilt vorgestellt.

3. Baumgarten: Vorstellung von radical operirten Fällen bei Empyem der Highmorshöhle.

In einem vorgestellten Falle, der radical operirt wurde, heilte das Empyem der Highmorshöhle rasch nach der Operation, aber es bestand Eiterung der Siebbeinzellen und der Stirnhöhle, weshalb bald wieder Infection und Eiterung der Kieferhöhle erfolgte. Bei der ersten Operation waren sehr viele Granulationen vorhanden, die gründlich entfernt wurden. Bei abermaliger Eröffnung keine Granulationen. Subjective Beschwerden sind vollständig geschwunden, die Höhle eitert noch. Nachdem die Oeffnung in der Nase geschlossen war, wurde die Highmorshöhle ein drittes Mal eröffnet, so dass jetzt Hoffnung zur Heilung vorhanden ist.

4. Derselbe: Vorstellung von halbradical operirten Fällen bei Empyem der Highmorshöhle.

Wenn die Eiterung durch die Ausspülung nicht sistirt und man annehmen kann, dass besondere Veränderungen in der Höhle bestehen, führen diese halbradicalen Operationen meistens zum Ziele. Die breite Eröffnung von der Alveole aus ist leichter ausführbar, auch kann besser ausgekratzt werden, sie hat aber den Nachtheil, dass der Patient den Jodoformgeschmack fortwährend im Munde hat.

5. Lipscher: Operirter Fall eines Tonsillarfibroms.

An der rechten Tonsille, im Zusammenhang mit derselben war eine taubeneigrosse, gestielte Geschwulst. Stellt die operirte Kranke, die Geschwulst und das mikroskopische Präparat vor.

Die Operation geschah mittelst des Tonsillotoms, wobei sich der unangenehme Zwischenfall ereignete, dass das Instrument in Folge der Härte des Stieles der Geschwulst zerbrach, so dass dasselbe mitsammt der Geschwulst mit der Scheere abgeschnitten wurde. Die Blutung war gering, der Verlauf normal.

Mikroskopische Befund lautet auf Fibrom.

6. Zwillinger: Kehlkopfstenose verursacht durch Lupus.

17 Jahre alter Eisendrechsler bemerkte vor $1^1/_2$ Jahren einen Ausschlag im Gesicht. Er ist seit 8 Monaten heiser und bemerkt seit 4—5 Monaten, dass ihm beim Gehen der Athem ausbleibt, Nachts beim Liegen hat er Athembeschwerden und muss sich aufsetzen. Geringer Schluckschmerz. Der Fall bietet insofern Interesse, da bei lupöser Erkrankung des Kehlkopfes seltener die Verengerung des Kehlkopflumens vorhanden ist.



In unserem Falle ist die Stenose durch hochgradige knötchenförmig höckerige Infiltration der Epiglottis, der aryepiglottischen Falten, der Taschenbänder und der mesoaryten. Falte verursacht. Der bacteriologische Befund ergab nichts Bemerkenswerthes. Therapeutisch wird Milchsäure angewendet.

Sitzung vom 22. Mai 1902.

Demonstrationen:

1. v. Navratil: Fall von Kehlkopfstenose.

46jährige Kranke. Unter Fiebererscheinungen und heftigem Schnupfen begann Pat. zu husten. Nach einigen Tagen hörte das Fieber auf, doch gesellte sich Heiserkeit zur Bronchitis und zunehmende Athemnoth. Wegen steigender Dyspnoe suchte Pat. die Abtheilung auf, wo der folgende Status aufgenommen wurde: Athmung stenotisch, in beiden Lungen Rasselgeräusche hörbar; beide Arygelenke fixirt, das linke etwas ödematös, das linke Taschenband einfach geröthet, ebenso die Schleimhaut des Larynx. Wegen zunehmender Athemnoth tiefe Tracheotomie. Am 5. Tage wird das rechte Arygelenk freier, die Hyperämie lässt nach. Das Oedem des linken Gelenkes in Rückbildung. Beim Einblick in die Stimmritze ist unter dem linksseitigen Stimmbande Hyperämie und Schwellung sichtbar. Im Sputum keine Bacillen, Urin frei von fremden Bestandtheilen.

In Anbetracht dessen, dass die Stenose unter Fiebererscheinungen acut aufgetreten, ferner dass eine constitutionelle Krankheit ausgeschlossen ist, hält Vortragender dieses Krankheitsbild für eine Laryngitis im Gefolge einer Influenza. Die tiefe Tracheotomie hat auch in diesem Falle dazu beigetragen, dass die entzündliche Infiltration sich in 5 Tagen zurückbildete. Decanulement am 10. Tage nach der Operation.

2. v. Navratil: Fall von Kehlkopfresection wegen Carcinom.

45jähriger Kranker, bei dem er vor einem Jahre, nach vorangehender Tracheotomie wegen linksseitigem Larynx-Carcinom nach seiner Methode mittelst Laryngofissur den Kehlkopf resecirte. Nachdem die typische Larynxresection nicht ausgeführt werden konnte, musste auch ein grosser Theil der rechten Larynxhälfte entfernt werden. Das Larynxlumen collabirte und der Kranke athmete durch die Canüle, die Stimme ist jedoch gut vernehmbar. Pat. hat seither um 9 kg zugenommen. Kein Recidiv. Drüsen frei, wie bei der Operation.

3. E. Baumgarten: Sarcom des Kehlkopfes.

44jähriger Pat. wurde heiser, Athmen etwas beengt, Brustorgane normal, in der Nase, im Rachen und im oberen Antheile des Kehlkopfes keine sichtbare Veränderung. Das linke Stimmband ist gehoben und gefaltet, unterhalb desselben eine halbkugelige, von normaler Schleimhaut bedeckte Geschwulst. Dieselbe scheint in der Submucosa zu sitzen, da sie die Schleimhaut vorstülpt und des Stimmband hebt. Bei Berührung mit der Sonde ist die Geschwulst eindrückbar. Die Bewegungen des Stimmbandes sind nur insoweit eingeschränkt, als das mechanische Hinderniss die Annäherung gestattet.



Es wird nach Analogie eines ähnlichen, mit Erfolg operirten Falles die Diagnose auf Sarcom gestellt, da dieses sich im Kehlkopfe langsam entwickelt und lange Zeit hindurch circumscript bleiben kann. Die Operation in diesem Stadium kann ein sehr gutes Resultat ergeben, da die totale Entfernung sehr leicht gelingt.

4. Zwillinger: Fall von chronischem recidivirenden Herpes des Rachens.

St. Gy., 38jähriger Arbeiter, erkrankte im October v.J. an Schlingbeschwerden, welche 4 Wochen anhielten. Am 15. Februar neuerdings Schlingbeschwerden. Die Schleimhaut des weichen und zum Theil die des harten Gaumens wie lackirt aussehend, ist von stecknadelkopfgrossen, theils in Gruppen, theils zerstreut stehenden Bläschen bedeckt, dieselben sind mit milchig-trübem Inhalt erfüllt, stehen zu beiden Seiten der Mittellinie; an einzelnen Stellen sind, aus geplatzten Bläschen entstandene lenticuläre Geschwürchen sichtbar. Nasenrachenraum und Kehlkopf frei. Therapeutisch sind ohne viel Nutzen Gurgelwässer und Pinselungen angewendet worden. Was die Aetiologie betrifft, ist dieselbe dunkel. Patient ist sonst gesund.

Discussion:

Donogány hält den Fall für selten und interessant, findet, dass die Eruptionen im Gebiete des Quintus aufgetreten sind.

Polyák: Wir haben es hier mit einem exsudativen Processe zu thun.

Baumgarten hält den Fall für besonders selten, da derselbe chronisch, ohne freies Intervall verläuft.

Zwillinger: Gestützt auf die Vertheilung der Efflorescenzen negirt das Vorhandensein von Herpes zoster; wir haben es mit einem typischen, chronisch verlaufenden Fall von Herpes zu thun.

5. Donogány: Cornu cutaneum im Naseneingange.

D. demonstrirt Präparate eines Cornu cutaneum des Naseneinganges.

v. Navratil.

---

c) Verhandlungen der British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Sitzung vom 10. Januar 1902.

Vorsitzender: John Macintyre.

Lennox Browne: Ein Fall von adenoiden Vegetationen mit Taubheit, Sprachstörung, Imbecillität und Chorea. Nach Entfernung der Vegetationen trat wesentliche Besserung des Gehörs ein. Es wurden Athem- und Sprechübungen vorgenommen. Die Articulation und die Intelligenz sind danach sehr gebessert.



Wyatt Wingrave: Acute Kehlkopfphlegmone bei einem 18jährigen Manne.

Nach Angabe des Patienten entstand die Krankheit nach Verschlucken einer Fischgräte. Larynxuntersuchung ergab Röthe und Oedem des rechten Aryknorpels, der ary-epiglottischen Falte und des Taschenbandes. Ein Fremdkörper konnte nicht gefunden werden; Cocain verschaffte locale Erleichterung. Am 3. Tage wurde die ganze rechte ary-epiglottische Falte, die in einen Schorf umgewandelt war, entfernt. Heilung.

Culver James: Ein Fall von functioneller Aphonie. Derselbe betrifft ein 18jähriges Mädchen.

Chichele Nourse macht darauf aufmerksam, dass in diesem Fall auch beim Husten jede Spur von Ton fehlt.

Lennox Browne zeigt 5 Fälle von Zungenvarix. Er bemerkt, dass die Patienten, besonders die weiblichen, oft neurasthenisch werden und dass, wenn die Behandlung verabsäumt wird, hypochondrische Zustände sich ausbilden können. Für Fälle, in denen locale Behandlung nöthig ist, eignet sich am besten die Galvanokaustik.

Mayo Collier erinnert an einen von ihm beschriebenen Fall, in dem bei einer Dame erhebliche Asphyxie und Abmagerung, für die absolut keine Ursache aufzufinden war, von ihm schliesslich auf Varicen des Zungengrundes zurückgeführt werden konnten, und in dem er durch Anwendung des Galvanokauters völlige Heilung erzielte.

Chichele Nourse: Ein Fall von Gummigeschwulst mit Betheiligung des Larynx. Der Tumor konnte im Rachen gefühlt werden. Es bestand linksseitige Recurrenslähmung. Die seit kurzem eingeleitete antisyphilitische Kur hat bisher Besserung gebracht.

Lennox Browne: Zwei Fälle von ulceröser Tonsillitis mit ungewöhnlichen Folgen.

1. 24jähriger Mann. Es bestand ein Geschwür auf der rechten Mandel mit bräunlichem Belag bedeckt, Fieber und Pulsbeschleunigung. Es wurde die Diagnose auf ulcerative Tonsillitis gestellt. Später wurde auch die linke Tonsille ergriffen. Heilung erfolgte unter Spülungen mit Chinosollösung. Nach Ablauf des Processes wurden die Mandeln entfernt. 3 Wochen darauf zeigte sich Patient mit acuter Schwellung an Vorhaut, Penis und Scrotalhaut, Schmerzen und Anschwellung der Testikel. Heilung unter localer Behandlung.

2. Der Verlauf und die Folgen waren die gleichen wie im ersten Fall.

Culturversuche ergaben in beiden Fällen Streptokokken, Staphylokokken und Diplokokken, keine Diphtheriebacillen.

Derselbe: Bemerkungen über einen Fall von Kehlkopftuberculose.

Das Interesse des Falles besteht darin, dass trotz reichlichen Befundes von Tuberkelbacillen, besonders im Sputum, doch erhebliche Besserung eintrat. Die

Tuberkelbacillen zeigten verschiedene Formen der Fragmentation und des Zerfalles.

Wyatt Wingrave demonstrirt Sputumpräparate von Lennox Browne's Fall.

Die aus der früheren Krankheitsperiode stammenden Präparate zeigen an den Bacillen Zeichen, die man gewöhnlich als Merkmale der Degeneration auffasst, während zur Zeit der klinischen und auch objectiven Besserung die Bacillen sich vermehrt haben und Zeichen gesteigerter Lebensthätigkeit aufweisen. Möglicherweise handelt es sich hier nicht um Tuberkel-, sondern andere säurefeste Bacillen.

Lennox Browne: Ein Fall von Hypertrophie der Zungentonsille.

Es bestanden in diesem Fall Beschwerden, die daher resultirten, dass gleichzeitig das Lig. glosso-epiglotticum medium ungewöhnlich straff gespannt war und dadurch die Epiglottis mit nach vorn gezogen wurde. Die hypertrophische Zungentonsille wurde entfernt, und damit schwanden die Beschwerden. Die Epiglottis wurde in normaler Stellung gefunden.

Sitzung vom 14. März 1902.

Vorsitzender: John Macintyre.

Mc. Call (Bournemouth): Ein Fall von vorgeschrittener Larynxtuberculose, der vor einem Jahr vorgestellt wurde und ohne intralaryngeale Behandlung sich gut befunden hat.

Es ist der am 12. Juli 1901 vorgestellte Patient (cfr. Centralblatt. XIX. S. 211).

Robert Woods verfügt über einen Fall, in dem ein Ulcus am Aryknorpel nach Curettage und Milchsäurebehandlung heilte.

Lennox Browne räth mit der Behandlung der Luftwege auch nach Heilung der Geschwüre fortzufahren. Er empfiehlt tiefe Guajacolsprays.

Bark (Liverpool) hat die besten Erfolge mit Autoinsufflation von Orthoform erzielt.

Macintyre verfügt über einen Fall von Kehlkopftuberculose, der seit 16 Jahren unter Beobachtung steht.

Macintyre demonstrirt die Röntgenphotographie eines in die linke Kieferhöhle gerathenen Röhrchens. Der Fremdkörper ist durch Operation von der Fossa canina aus entfernt worden.

Back bemerkt, dass ihn dieser Fall in seiner Ansicht bestärke, dass die Eröffnung von der Fossa canina aus die einzige Operation ist, die bei Oberkieferhöhleneiterung in Betracht kommen sollte.

Sitzung vom 9. Mai 1902.

Vorsitzender: Lennox Browne.

Mayo Collier: Ein Fall von Chorea laryngis.

Der 63jährige Patient erkrankte vor 15 Monaten mit plötzlichen spastischen Krämpfen der äusseren Halsmuskeln; diese waren begleitet von krampfhaften Contractionen der Augenlider und Verzerrungen des Gesichts. Bei Erregungen trat Verschlimmerung des Leidens ein. Locale Anwendung von Cocain führt vorübergehende Besserung herbei.

Lennox Browne denkt an Reflexwirkung und räth zur Beseitigung der Zuugengrundvaricen.

Abercrombie: Fall von linksseitigem Stirnhöhlenempyem.

Seit 13 Jahren bestehen heftige Stirnkopfschmerzen, besonders auf der rechten Seite. Vor 6 Jahren wurde die rechte Stirnhöhle eröffnet und gesund befunden. Die Symptome dauerten fort und A. fand Anzeichen für das Bestehen einer linksseitigen Stirnhöhlenerkrankung. Bei der vorgenommenen Radicaloperation der linken Stirnhöhle wurde auch die rechte untersucht und wieder gesund gefunden, obwohl während der ganzen Zeit stets die rechte Seite die schmerzhafte gewesen war. E. B. Waggett.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Dr. O. Frankenberger wurde zum ausserordentlichen Professor der Laryngologie und Rhinologie an der böhmischen Universität in Prag ernannt.

Den Privatdocenten Dr. Gerber (Königsberg) und Dr. M. Grossmann (Wien) ist das Prädicat „Professor“ ertheilt worden.

W. Kiesselbach †.

Wir entnehmen der Septembernummer der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde“ die sehr verspätete Nachricht, dass Prof. Dr. W. Kiesselbach im Alter von 63 Jahren am 4. Juli 1902 verstorben ist. Obwohl seine Hauptbedeutung auf dem Felde der Ohrenheilkunde lag, so verdankt ihm auch unser Specialfach eine Reihe von gehaltvollen Arbeiten, so über „Spontane Nasenblutungen“ (Berl. klin. Wochenschrift, No. 24. 1884), über „den Schleimgehalt der Nasenpolypen“ (Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1888), den „Musculus cricothyreoideus“ (Ibid. 1889) und die „Behandlung der Erkrankungen der Nasen- und Rachenhöhle“ (Penzoldt's und Stinzing's Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten).

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIX. Berlin, December. 1903. No. 12.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **W. H. Fitzgerald. Die rationelle Behandlung der Mundathmung. (The rationel treatment for mouth-breathing.)** *N. Y. Medical Record. 5. September 1903.*

Vor allem Beseitigung aller pathologischen Hindernisse für die freie Athmung durch die Nase; handelt es sich um einen Mundathmer aus Angewohnheit, so nimmt man Athemübungen mit ihm vor, die darin bestehen, dass man den Patienten 10 Secunden lang jede Secunde einmal kräftig durch die Nase athmen lässt und dies mehrmals am Tage wiederholt. Mehrere Wochen lang soll eine Bandage über dem Mund getragen werden.

LEFFERTS.

2) **Clifton M. Miller. Mundathmung. (Mouth breathing.)** *Gaillard's Medical Journal. Juli 1903.*

Es wird auf die Bedeutung der Nase für die Athmung hingewiesen.

EMIL MAYER.

3) **L. Mader** (München). **Ueber Nasen- und Mundathmung mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zur Infection.** *Bresgen's Samml. zwanglos. Abhandl. VI. 12. 1902. Marhold, Halle a/S.*

Die Mundathmung ist unnatürlich und stellt einen Aushülfsmechanismus für die vitale Function der Athmung dar; bei ihr tritt eine geringere Erwärmung, Durchfeuchtung und Reinigung der Luft ein, als bei der Nasenathmung. Die Folgen sind: Gleichgewichtsstörungen der Kiefer- und Gesichtsmuskeln, Verkürzung des Saugrohrs, Kälte, Trockenheit, Unreinheit der Athmungsluft und eine Saugwirkung in den Luftwegen, zumal die Mundathmung anfangs erhebliche Schwierigkeiten macht und erst erlernt werden muss. Durch die Gleichgewichtsstörungen der erwähnten Muskelgruppen werden die Mundöffner und Herabzieher des Unterkiefers hypertrophisch, ihre Antagonisten atrophisch — blöder Gesichtsausdruck, Anomalien der Sprache. Die Kälte, Trockenheit und Unreinheit der



Luft führt zu Zahncaries, die Saugwirkung zu einer Blutüberfüllung der oberen Luftwege.

In Folge von Circulationsstörungen kommt es zu Wachsthumsanomalien der Kopfknochen und des Gehirns, des Gaumens, des Septum, Wirbelsäuleverkrümmungen, Thoraxveränderungen, Anämie, Constitutionsschwäche, ungenügender Athmung, Schwächung der Sehkraft, des Geruchssinns, des Intellekts u. s. w., ferner chronischen Entzündungen der oberen Luftwege, auf deren Conto hauptsächlich die öfter entstehende Neurasthenie zu setzen ist. Im Zusammenhang mit dieser stehen die Reflexneurosen, Asthma, Migräne, Enuresis, Pavor nocturnus, Chorea.

Der Verminderung der Widerstandskraft des Körpers und der Preisgabe der Luftwege ist noch eine Erhöhung der Zahl und Potenz ihrer Angreifer, der pathogenen Bakterien hinzuzufügen, weil neben der Schädigung der allgemeinen Schutzmittel des Körpers eine solche der speciellen Schutzmittel der Luftwege (Schleimhülle, Phagocytose, Flimmerepithel, Vibrissae) eintritt und den Körper zu Infectionskrankheiten disponirt.

A. ROSENBERG.

4) **T. Zahorsk. Gewöhnliche Erkältungen. (Common colds.)** *N. Y. Medical Record. 1. Februar 1903.*

Die Ausführungen des Verf.'s zielen dahin, zu zeigen, dass der klinische Verlauf der Erkältungen dafür spricht, dass es sich um Erkrankungen handelt, die durch Mikroorganismen hervorgerufen werden und contagiös sind.

LEFFERTS.

5) **Wm. S. Cheesman. Gewöhnliche „Erkältungen". (Common „colds".)** *N. Y Medical Journal. 21. Februar 1903.*

Verf. plaidirt dafür, dass als bestes prophylaktisches Mittel gegen Erkältungen die Reinigung der Nasen- und Rachenschleimhaut einen ebenso integrirenden Bestandtheil der täglichen Toilette bilden sollte, wie die Reinigung der Zähne und des Mundes.

LEFFERTS.

6) **W. Lamann** (Petersburg). **Das natürliche Schutzsystem der abnormen Luftwege als Fremdkörpertheorie.** *Haug's Samml. klin. Vorträge. Fischer, Jena. 1903.*

Verf. stellt folgende Thesen auf, die er in origineller Weise zu stützen sucht, so dass Interessenten die Lectüre des Originals empfohlen werden muss, weil in der Kürze eines Referats kein richtiges Bild davon gegeben werden kann:

1. Bestimmung der Fremdartigkeit eines Körpers vom physiologischen Gesichtspunkte: ein Gegenstand wird zum Fremdkörper, sobald er eine Schutzvorrichtung in Thätigkeit setzt.

2. Das Schutzvorrichtungssystem der oberen Luftwege nimmt das Gebiet von den Lippen bis zum Pylorus einerseits und bis zu den Bronchien andererseits ein; es besteht aus einer Reihe hintereinander geschalteter Vorrichtungen, und zwar im Verdauungstractus: a) den Lippen, b) den Zähnen, d) der Zunge, e) dem coulissenartigen Verschluss der Gaumenbögen, f) dem Rachen, g) dem Brechacte

mit Object im Rachen, h) dem Brechact mit Object im Magen; in dem Tractus der Luftwege noch i) aus dem Glottisschluss und k) dem Hustenstoss.

3. Die Entfernung eines Fremdkörpers geschieht in zwei Tempi. Im ersten wird an der betreffenden Stelle dem weiteren Vordringen des Fremdkörpers ein solcher Widerstand entgegengesetzt, dass seine Vorwärtsbewegung aufgehoben wird. Erst im zweiten Tempo wird er durch die Kraft der Schutzvorrichtungen zur rückläufigen Bewegung bis zur vollständigen Entfernung veranlasst.

4. Es lässt sich folgende Gesetzmässigkeit, die alle oben genannten Schutzvorrichtungen regulirt, feststellen:

a) je tiefer eine Vorrichtung liegt, desto weniger ist sie dem Willen und desto mehr dem Reflex untergeordnet;

b) ist eine oder sind mehrere Schutzvorrichtungen von einem Fremdkörper überwunden und tritt die nächstfolgende in Thätigkeit, so stellen nicht nur alle vorhergehenden — überwundenen ihre Einmischung sofort ein und scheiden aus der Action aus, sondern es treten auch unfehlbar ihre Antagonisten in Thätigkeit („Gesetz der Antagonisten“);

c) die Vorrichtungen treten nicht anders in Thätigkeit als einzeln, und zwar in der Reihenfolge ihrer physiologischen Anordnung.

5. Das erwähnte Schutzvorrichtungssystem wird in Thätigkeit gesetzt vornehmlich reflectorisch von Seiten der Schleimhäute der oberen Wege, doch auch durch einen entfernteren Reflex, theils durch Willensimpuls, aber unzweifelhaft auch durch Centralreize und durch von uns unabhängige psychische Acte. A. ROSENBERG.

7) **W. H. Bergey. Vernachlässigung prophylaktischer Maassregeln gegen Krankheiten der Athmungswege. (Neglected prophylactic measures against diseases of the respiratory tract.)** *N. Y. Medical News. 5. September 1903.*

Zwei Factoren bedürfen in der Prophylaxe der Athmungskrankheiten grösster Aufmerksamkeit: Erstens der Staub, zweitens die Ventilation und Beleuchtung der Schulräume. Ersterer, der sich besonders bei den verschiedenen Arten menschlicher Thätigkeit entwickelt, kann durch verbesserte Hygiene der Arbeitsräume, verbesserte Werkzeuge etc. eingeschränkt werden. Mangelnde Ventilation und Beleuchtung bewirkt herabgesetzte Widerstandsfähigkeit der Organismen und erleichtertes Eindringen der Mikroorganismen in die Schleimhäute. LEFFERTS.

8) **Daniel H. Craig. Beziehungen zwischen Erkrankungen der Athmungswege und der Beckenorgane. (The relations existing between respiratory and intrapelvic diseases.)** *Boston med. and surg. Journal. 10. September 1903.*

Die Beziehung besteht darin, dass infolge des intraabdominalen Drucks beim Husten sich Lageveränderungen der Ovarien herausbilden; um festzustellen, wie jedesmal beim Hustenstoss die Ovarien nach unten verschoben werden, hat Verf. ein besonderes Instrument (Pelviorespirometer) construirt. LEFFERTS.

9) **Eduard J. Glubbert. Bericht über einige Fälle von Hals- und Nasenkrankheiten, mit X-Strahlen behandelt. (Report on some cases of throat and nose diseases treated by X Rays.)** *Laryngoscope. Juli 1903.*

Nach Angabe des Verf.'s verringert sich unter Einwirkung der Roentgen-

strahlen die Zahl der Bacillen im Auswurf der Phthisiker. In einem Fall von Sarkom der Tonsille bildete sich der Tumor zurück; günstige Resultate wurden auch erzielt bei Tuberculose der Tonsille und Lupus der Nase. EMIL MEYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

10) **W. Freudenthal. Chronischer Nasenrachenkatarrh. (Chronic nasopharyngeal catarrh.)** *N. Y. Medical Record. 9. August 1902.*

F. sieht im Gegensatz zu anderen Autoren den Hauptfactor für die Entstehung chronischer Nasenrachenkatarrhe in mangelnder Feuchtigkeit der Luft. Er betont, dass Leute, die im Freien zu arbeiten gewohnt sind, viel seltener daran leiden, als solche, die in künstlich erwärmten Räumen sich aufhalten. Er empfiehlt viel Aufenthalt in freier Luft, auch bei ungünstigem Wetter, Inhalationen von Wasserdampf, dem Terpentin oder Eucalyptus beigesetzt sein kann. Der Raum soll mit heissem Wasserdampf angefüllt werden und dieser einige Minuten lang eingeathmet werden. Um Erkältungen vorzubeugen, lässt er den Patienten danach eine kalte Douche nehmen. Bei atrophirendem Katarrh empfiehlt er einen mit 5—10proc. wässriger Ichthyollösung getränkten Wattetampon 2 Stunden des Morgens in dem einen und einen ebensolchen Tampon 2 Stunden am Abend in dem anderen Nasenloch zu tragen. Massage der Nasenschleimhaut mittels Elektromotors hat er für sehr empfehlenswerth befunden. LEFFERTS.

11) **John L. Morse. Retropharyngealabscess im Kindesalter. (Retropharyngeal abscess in infancy.)** *Journal American Medical Association. 31. Januar 1903.*

Trotz der Einwände, die vom allgemeinen chirurgischen Standpunkte aus scheinbar mit Recht gegen die Incision des Retropharyngealabscesses vom Munde her gemacht werden, sprechen die Erfolge dieser Operationsmethode, die leicht und jederzeit ohne grosse Assistenz ausgeführt werden kann, für sie. Verf. räth, die Incision bei aufrechter Haltung des Kindes zu machen. EMIL MAYER.

12) **R. Kayser** (Breslau). **Ueber Retropharyngealabscesse.** *Bresgen's Samml. zwanglos. Abhandl. VI. 10. 1902. Carl Marhold, Halle a/S.*

Die etwa in der Höhe des Atlas und des zweiten Halswirbels befindlichen Lymphdrüsen haben ihr Quellengebiet in der Schleimhaut des Rachens, Nasenrachens, der Nase, der Tube, den Nasennebenhöhlen und dem inneren Ohr; deren entzündliche Erkrankung kann also ihre Schwellung zur Folge haben; erstere kann so unbedeutend sein, dass sie übersehen wird, und man spricht dann, wenn die pharyngealen und retropharyngealen Drüsen vereitern, von einem idiopathischen Retropharyngealabscess, der fast ausschliesslich bei Kindern im 1. bis 2. Lebensjahre beobachtet wird.

Die zweite Form ist der Senkungsabscess — Spondylitis resp. Caries der obersten Halswirbel, schwere Mittelohreiterung, Keilbeinhöhlenempyem; die dritte ist die traumatische Form.

Die Diagnose stützt sich auf die Athemstörung, Kopfsteifigkeit, Einfluss der Kopfhaltung auf die Athemstörung, Stimmveränderung, Schluckstörung. Der pal-

pirende Finger fühlt eine kugelige Hervorwölbung und event. Fluctuation; beim Senkungabscess kommen hinzu Druckschmerz, Unbeweglichkeit des Kopfes u. s. w.

Gewöhnlich ist die Eröffnung des Abscesses vom Munde aus vorzuziehen, nur in schweren Fällen ist die äussere Operation vorzuziehen. A. ROSENBERG.

13) **R. Kafemann** (Königsberg i. Pr.). **Ein Fremdkörperfall des Nasenrachens.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. XIII. 2. S. 291. 1902.*

12jähr. Mädchen, seit angeblich 3 Jahren sehr übel aus der Nase riechend. Die Untersuchung ergiebt absolut normalen Befund, nur geringe adenoide Vegetationen. Bei Exstirpationen mit der Kuhn'schen Zange findet sich frei in den entleerten Theilen liegend ein rundlicher, mit einer Oese versehener Schuhknopf, verrostet, mit übelriechendem Schleim bedeckt. Das Kind blieb nach der Operation dauernd frei von dem Geruch aus der Nase. F. KLEMPERER.

14) **Francis J. Quinlan. Gutartige Nasenrachentumoren. (Benign tumors of the naso-pharynx.)** *Laryngoscope. November 1902.*

Abgesehen von jenen Fällen, in denen radicale Operationen indicirt sind, hält Verf. für das beste Instrument zur Entfernung der benignen Geschwülste des Nasenrachens die kalte Schlinge. EMIL MAYER.

15) **H Beckmann** (Berlin). **Die acuten Entzündungen der Rachenmandel.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 50. 1902.*

Die acuten Entzündungen der Rachenmandel sind viel zu wenig beachtet, obwohl sie die wichtigste und häufigste Erkrankung der oberen Luftwege vorstellen und ganz charakteristische Erscheinungen (Schwellungen, Eiterbelag, besonders in den Spalten, zuweilen Epithelnekrosen, blass ziegelrothe, nicht dunkelrothe Färbung) aufweisen.

Die Erkrankung bleibt entweder isolirt oder sie pflanzt sich in der Continuität fort oder die Infection der Rachenmandel führt auf dem Lymph- und Blutwege zu Infectionen an entfernteren Körperstellen. So kommen folgende Secundärerkrankungen zu Stande: Schnupfen, Nebenhöhleneiterung, bei öfteren Recidiven Degeneration der unteren Nasenmuscheln; Ohraffectionen (Tubenverschluss, Entzündungen), Facialislähmung; Entzündungen der tieferen Luftwege; Angina lacunaris, Peritonsillitis; Gelenkrheumatismus, Endocarditis, Chorea minor; tuberculöse Spitzenaffectionen; Scrophulose, Meningitis basilaris, Halswirbelcaries, Retropharyngealabscess u. a. m.

Die Therapie besteht vor allem anderen in der totalen Entfernung der Rachenmandel bis zur Fibrocartilago basilaris (vom Verf. in 12 Jahren circa 9000mal ausgeführt), ferner in der Abtragung von Muschelverdickungen mit der Scheere und kalten Schlinge. Die Galvanocaustik verwirft Verf. a limine. Secundäre Erkrankungen, soweit sie nicht nach der Operation der Rachenmandel spontan zurückgehen, ferner Constitutionsstörungen erfordern eine besondere Behandlung.

Die temperamentvollen Ausführungen des Verf.'s seien einer kritischen Berücksichtigung der Fachgenossen bestens empfohlen. ZARNIKO.

16) **Ausset** und **Dorion. Die primäre acute Entzündung der Rachentonsille beim Kinde. (L'amygdalite pharyngée aigue primitive chez l'enfant.)** *Echo méd. du Nord. 4. August 1902.*

Verff. handeln nur von der acuten Entzündung der normalen, nicht hypertrophischen Rachentonsille. Die Symptome bestehen in Coryza, Fieber und besonders einem sehr lästigen trockenen Husten, wozu sich häufig noch Otalgie und Anschwellung der Cervicaldrüsen hinzugesellen. Man sieht bei der Untersuchung die hintere Rachenwand geröthet, mit Schleim bedeckt. Bei der Palpation fühlt man eine Anschwellung, die im Gegensatz zu den adenoiden Vegetationen, die von weicher Consistenz sind, sich hart anfühlt. Als Therapie empfehlen Verf. Einträufelungen von 1proc. Mentholöl.

A. CARTEZ.

17) **Beckmann. Ueber die acuten Entzündungen der Rachenmandel.** *Münch. med. Wochenschr. No. 22. 1902.*

Die acute Entzündung der Rachenmandel bietet ein charakteristisches Bild, ähnelnd dem der Angina lacunaris; sie ist oft die Ursache acuter Entzündungen der Gaumenmandeln und der Nase; häufig recidivirende Schnupfen werden durch Entfernung der Rachenmandel coupirt; experimentell wurde ein solcher Schnupfen durch Einreiben des Secretes auf die Rachenmandel erzeugt.

SCHECH.

18) **Braden Kyle. Constitutionelle Symptome, veranlasst durch Infectionen des adenoiden Gewebes bei Kindern. (Constitutional manifestations due to infectious processes of the adenoid structure in children.)** *Laryngoscope. September 1902.*

Bei mancher fieberhaften, einige Tage dauernden Erkrankung beim Kinde, die als gastrische Störung bezeichnet wird, handelt es sich in der That um eine acute Entzündung der Rachenmandel.

EMIL MAYER.

19) **G. Martuscelli. Tuberculose der Luschka'schen Tonsille. (Tuberculosi della tonsilla di Luschka.)** *Arch. Ital. di Laringologia. October 1902.*

Bei einem $2^1/_2$jährigen Kinde, das an acuter allgemeiner Miliartuberculose gestorben war, ergab die histologische Untersuchung der Rachentonsille, dass dieselbe vollkommen mit Tuberkeln durchsetzt war. Die Oberfläche der Tonsille war ulcerirt. Die übrigen Bestandtheile des lymphatischen Schlundrings waren frei von Tuberculose.

FINDER.

20) **Jonathan Wright. Eine Cyste im Lymphgewebe des Pharynx. (A cyst in the lymphoid tissue of the pharynx.)** *Laryngoscope. Mai 1903.*

Die als zufälliger Befund entdeckte Cyste wird als das Resultat einer Dilatation der Lymphräume gedeutet.

EMIL MAYER.

21) **Lazarus** (Berlin). **Die adenoiden Vegetationen und ihre Beziehungen zur dilatativen Herzschwäche.** *Intern. Beiträge zur inneren Medicin. Festschrift für v. Leyden. 1902.*

In seinen Auseinandersetzungen weist Lazarus darauf hin, das die adenoiden Vegetationen, sei es, dass sie als Begleiterscheinungen, als Folgen oder

selbst auch als Ursachen der Scrophulose aufgefasst werden, immerhin eine der häufigsten Krankheitserscheinungen des Kindesalters sind. Ferner macht er darauf aufmerksam, dass sie als eine der bedeutendsten Behinderungen der Nasenathmung auch zu schweren Deformitäten des Thorax führen können. Schliesslich legt der Verf. dar, dass die dilatative Herzschwäche im Kindesalter am häufigsten die Folge adenoider Wucherungen ist und dass sie selbst auch bei Erwachsenen, wenn auch nicht direct, so doch indirect, namentlich in allen den Fällen, in welchen Thoraxdeformitäten zu constatiren sind, sehr oft auf adenoide Vegetationen in der Kindheit zurückgeführt werden können.

SEIFERT.

22) **A. Iljisch. Von der Narkose bei der Entfernung der dritten Tonsille. (O narcose prt udol. tret. mindalini.)** *Wr. Gaz. 15. 1902.*

J. hält die Chloroformnarkose für nicht angezeigt; plädirt für Bromäthyl. Er giesst je nach dem Alter 4—10 g auf Gaze und bedeckt damit das Gesicht. Narkose tritt nach 1—2 Minuten ein.

P. HELLAT.

23) **A. J. Lartigan. Die Pathologie der Adenoiden und der Tonsillen. (The pathology of adenoids and of the tonsills.)** *N. Y. Medical Record. 1. März 1902.*

Bezüglich der Tuberculose der Rachenmandel hat L. gefunden, dass ein secundäres Befallensein dieser in ca. 80 pCt. der Fälle von vorgeschrittener Lungentuberculose vorliegt; primäre Rachenmandeltuberculose ist selten. Genaue Aufschlüsse hierüber lassen sich nur durch das Thierexperiment erreichen.

LEFFERTS.

24) **Notiz des Herausgebers. Einige Gefahren der Adenoiden-Operation. (Some of the dangers of the adenoid operation.)** *Pediatrics. 1. April 1902.*

Es wird auf einen Aufsatz in der Australian Med. Gazette hingewiesen, in dem über 3 Todesfälle nach Adenotomie berichtet wird.

EMIL MAYER.

25) **Carl E. Mumger. Bericht über einen ungewöhnlichen Fall von Adenoiden des Nasenrachens. (Report of an unusual case of naso-pharyngeal adenoids.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology, Mai 1902.*

Die Geschwulst bestand in der Hauptsache aus Bindegewebsknorpel, wahrscheinlich herstammend von einer Zwischenwirbelscheibe.

EMIL MAYER.

26) **W. Freudenthal. Adenoide. (Adenoids.)** *N.. Y Medical Record. 21. Juni 1902.*

Als wichtige ätiologische Factoren für die Adenoiden werden chronische Katarrhe, Tuberculose und Rheumatismus bezeichnet. Das jüngste von F. operirte Kind war 7 Monate alt; im Allgemeinen operirt er nicht unter 2 Jahren. Er operirt in Chloroformnarkose, die aber nur oberflächlich ist, so dass noch Reflexhusten zur Auslösung kommt.

LEFFERTS.

27) **August Jerome Lartigan** und **Mathias Nicoll. Die Hyperplasie des pharyngealen Lymphgewebes (Adenoide) mit besonderer Berücksichtigung der Tuberculose dor Rachenmandel. (The hyperplasia of the pharyngeal lymphoid tissue [adenoids] with especial reference to primary tuberculesis of the pharyngeal tonsil.)** *The American Journal of Medical sciences. Juni 1902.*

Aus den Schlussfolgerungen, zu denen Verf. auf Grund von 75 Untersuchungen gelangt, sei hervorgehoben, dass die adenoiden Vegetationen oft Mikroorganismen enthalten, und zwar hauptsächlich Pyokokken, die meist nahe der Oberfläche liegen. In 16 pCt. seiner Serien konnte Verf. Tuberkelbacillen nachweisen, in 10 pCt. fand er die für Tuberculose charakteristischen Veränderungen, auch diese in der Nähe des Epithels und nur gelegentlich mehr in der Tiefe liegend.

EMIL MAYER.

28) **L. T. Lautenbach. Diagnoso und Entfernung der Adenoiden des Nasenrachens bei Kindern. (Recognition and removal of post-nasal adenoids in children.)** *N. Y. Medical Record. 21. Juni 1902.*

Verf. bevorzugt die Entfernung der Vegetationen mit dem künstlichen oder natürlichen Fingernagel.

LEFFERTS.

29) **Richard Arthur** (Sidney). **Die Wahl eines Anaestheticums für die Operation der Adenoiden. (The choice of an anaesthetic in the adenoid operation.)** *Centralasian medical Gazette. 21. Juli 1902.*

Chloroform hält A. aus zwei Gründen für gefährlich: Erstlich handelt es sich häufig um Kinder mit sogenannter lymphatischer Constitution oder Status thymicus, deren Herz zur Dilatation neigt und bei denen bei Chloroformanwendung plötzliche Synkope eintreten kann; zweitens kann daraus Gefahr resultiren, dass bei Kindern mit adenoiden Vegetationen, besonders wenn noch Hypertrophie der Gaumenmandeln hinzukommt, es sich von vornherein um Individuen mit mangelhafter Durchlüftung der Lungen handelt.

Als das beste Anästheticum hat sich A. das Lachgas bewährt; für länger dauernde Narkosen empfiehlt er Aether.

Brady entgegnet in der Discussion, dass er Tausende von Kindern in Chloroformnarkose operirt hat, ohne jemals irgend welche Unzuträglichkeit erlebt zu haben. Wenn Todesfälle eintreten, so sind diese nicht durch Herzsynkope, sondern vielmehr durch Suffocation verursacht; diese Unglücksfälle sind durch Aufmerksamkeit von Seiten des Chloroformirenden zu vermeiden. Wenn gleichzeitig Hypertrophie der Tonsillen bestehe, so wird wenigstens eine Tonsille einige Zeit vor Operation der Adenoiden entfernt.

A. J. BRADY.

30) **E. Furniss Potter. Einige Details über die Entfernung der Adenoiden. (Some details on the removal of adenoids.)** *The Clinical Journal. 15. October 1902.*

Verf. verwendet Stickstoffoxyd, dann Aether zur allgemeinen Narkose und operirt am hängenden Kopf.

JAMES DONELAN.

31) **Ralph Opdyke. Die Analogie zwischen Trachom und Adenoiden. (The analogy of trachoma to adenoids.)** *N. Y. Medical Record. 3. Januar 1903.*

Verf. ist zu der Ansicht vom Bestehen einer Beziehung zwischen Trachom und Adenoiden gelangt, als er in seiner Eigenschaft als Gesundheitscommissar eine grosse Anzahl von Schulkindern zu untersuchen hatte. Er fand in der einen Schule, dass von drei Kindern mit Trachom immer zwei Adenoide hatten, in einer anderen sogar, dass jedes zweite Trachomkind an Adenoiden litt. Die Hyperplasie des lymphatischen Gewebes im Nasenrachen schien der Entwicklung des Trachoms stets vorauszugehen. Verf. nimmt für beide Erkrankungen dieselbe Aetiologie an. Ein Kind mit allgemein geschädigter Gesundheit ist dem Trachom mehr ausgesetzt, als ein gesundes; die allgemeine Widerstandsfähigkeit wird aber durch das Bestehen adenoider Vegetationen sehr herabgesetzt; ein mit adenoiden Vegetationen behaftetes Kind unterliegt beim Zusammensitzen mit einem trachomatösen Kinde viel leichter der Trachominfection als ein gesundes. Verf. bezeichnet fernerhin die Operation der adenoiden Vegetationen als ein ausgezeichnetes prophylaktisches Mittel gegen die Ausbreitung des Trachoms. LEFFERTS.

32) **Michele Peano. Ein Fall von Lungenemphysem und infantilem Asthma infolge von adenoiden Vegetationen mit Jodipin behandelt. (Un caso di enfisema polmonare ed asma infantile da vegetazioni adenoidi curato colla Jodipina.)** *La Pediatria. Januar 1903.*

Das Emphysem — ein bei Kindern überaus seltenes Vorkommniss — war in diesem einen 4 Jahre 7 Monate alten Knaben betreffenden Falle nach dem Verf. eine Folge der adenoiden Vegetationen und zwar sowohl direct durch Aufhebung der Nasenathmung, als auch indirect durch die reflectorisch von den Adenoiden ausgelösten Asthmaanfälle. Nach dreimonatlichem Gebrauch von 10proc. Jodipin Merk waren die Asthmaanfälle verschwunden, die Athmung frei und regelmässig; das Emphysem hatte sich zurückgebildet und die adenoiden Vegetationen waren fast verschwunden. FINDER.

33) **Chappell. Bericht über einen Fall von Adenoiden mit Malaria. (Report of a case of adenoids with malaria.)** *Archivs of Pediatrics. Februar 1903.*

Bei einem 1 Monat alten Kinde wurden kleine Stücke adenoiden Gewebes entfernt; das Kind erkrankte kurz darauf fieberhaft; im Blute wurden Malariaplasmodien gefunden. EMIL MAYER.

34) **Geo. L. Richards. Ist die Operation der Adenoiden ein zu rechtfertigender chirurgischer Eingriff? (Is the adenoid operation a justifiable surgical procedure?)** *Journal American Medicăl Association. 7. Februar 1903.*

Verf. will die Regeln der allgemeinen Operationen auch auf die Operation der adenoiden Vegetationen angewandt wissen. Er räth für Kinder über 2—3 Jahre und für Erwachsene, bei denen vorauszusetzen ist, dass locale Anästhesirung nicht genügen wird, zur allgemeinen Narkose und zwar bevorzugt er selbst die Aethernarkose. Für ältere Kinder und für Erwachsene benutzt Verf. das Schötz-sche Adenotom unter Cocaïn-Anästhesie. Die Instrumente sollen scharf sein, so dass die Geschwulst nicht abgerissen, sondern abgeschnitten wird. EMIL MAYER.

35) **J. Möller** (Kopenhagen). **Bemerkungen über die seitlichen adenoiden Vegetationen im Nasenrachen nebst Beschreibung eines neuen Instrumentes für deren Entfernung.** *Archiv f. Ohrenheilkde. 57. Bd. 1903.*

Die Diagnose der seitlichen Vegetationen ist nicht immer ganz leicht und kann oft erst nach dem Entfernen der eigentlichen Rachentonsille gestellt werden und zwar hauptsächlich durch die Digitalexploration, man fühlt dann die perlenschnur- oder kammförmigen Gebilde, welche aus der Rosenmüller'schen Grube hervorragen. Die Symptome sind dieselben wie bei den gewöhnlichen adenoiden Vegetationen.

Zur Entfernung der seitlichen Vegetationen hat Mygind ein seitlich abgebogenes Ringmesser construirt, eines für die rechte und eines für die linke Seite.

SEIFERT.

36) **Marcel Natier** (Paris). **Pseudorecidive adenoider Vegetationen; vollständige Erfolglosigkeit dreier auf einander folgender Eingriffe bei demselben Kinde; respiratorischer Ursprung und Behandlung. (Fausses récidives de végétations adénoides, Inefficacité complète de trois interventions successives chez le même enfant. Origine et traitement respiratoires.)** *Bulletin de la Soc. Belge d'Otologie et de Laryngol. p. 199. 1903.*

Mittheilung der Beobachtung eines 8jährigen Knaben von schwächlicher Constitution, stark nervös belastet von Seiten seiner Eltern; nach Scharlach stellte sich eine Reihe respiratorischer Störungen ein, welche immer mehr zunahmen: behufs Beseitgung derselben wurde im März 1895 eine erste Abtragung adenoider Wucherungen vorgenommen; da diese aber nicht die geringste Besserung der Athmungsbeschwerden herbeiführte, so wurde ein zweiter Eingriff im Mai 1896 vorgenommen mit dem gleichen Misserfolge. Ein dritter Eingriff wurde im Mai 1900 gemacht — das Resultat blieb dasselbe.

N. constatirte im April 1901 einen beständigen Husten, welcher nur durch die von ihm eingeleitete Behandlung zum Aufhören gebracht werden konnte; seine Diagnose lautete: Adenopathia tracheo-bronchialis.

Am 13. Juni ergab die Untersuchung, dass es sich nunmehr in Wirklichkeit nur um einen Pseudoadenoidismus handelte; von dem Augenblick einer zweckmässigen Behandlung an verbesserte sich der Zustand des Patienten zusehends, wie aus den vom Verf. vorgelegten sphygmographischen Aufzeichnungen, welche den Fortschritt der Athmung bei methodischen Uebungen darstellen, deutlich hervorgeht.

N. zieht daraus folgende Schlüsse:

„Es existiren ohne Zweifel Recidive von adenoiden Vegetationen, diese sind aber sehr selten; das Fortbestehen der ursprünglichen Erscheinungen nach der Operation beruht in Wirklichkeit auf „Pseudorecidiven"; diese sind häufiger, als man sich gewöhnlich vorstellt. Der wahre Grund dafür liegt keineswegs im Nasenrachenraum, sondern ist vielmehr in schweren Respirationsstörungen zu suchen, hervorgerufen durch ein fehlerhaftes Spiel des Brustkorbs und seines pneumatischen Inhalts, wie aus dem vorliegenden Beispiel deutlich ersichtlich. Damit sind selbstverständlich alle weiteren Operationsversuche ausgeschlossen, ebenso alle

anderen medicamentösen und sonstigen Curen, welche freilich Erleichterung bringen, aber nie eine vollständige Heilung herbeizuführen im Stande sind. Diese kann nur durch eine entsprechende Behandlung im Verein mit methodischen Respirationsübungen erzielt werden. BAYER.

37) **Parmentier. Pharyngoösophagialneuroso und adenoide Wucherungen. (Névrose pharyngooesophagienne et végétations adénoïdes.)** *Bulletin de la Soc. Belge d'Otologie et de Laryngol. p. 211. 1903.*

19jähriges Fräulein klagt über Schluckbeschwerden sowohl bei flüssiger wie bei fester Nahrung mit Regurgitiren derselben sofort nach dem Verschlucken, häufigen unfreiwilligen Schluckbewegungen mit Geräuschen, starke Abmagerung. Die Oesophagussonde lässt die Passage als frei erkennen mit Ausnahme eines Hindernisses im Niveau der Pharyngolaryngealgrenze. Die Sondirung verursacht eine Steigerung der Beschwerden. Zuerst wurde von P. und noch einem anderen Arzte eine Oesophagusneurose diagnosticirt, bis er zufällig einen welschnussgrossen Tumor im Nasopharynx entdeckte, welchen er operativ entfernte. Von diesem Augenblick an besserten sich alle Symptome; Pat. schluckt flüssige und feste Speisen und ist schon wieder wohlbeleibt.

P. sieht in der auf die Operation folgenden Besserung weniger einen indirecten Effect durch Suggestion, als vielmehr einen directen Einfluss, indem sie das Erstickungsgefühl beseitigte, welches bei jedem Durchgang eines Speisebissens infolge der bestehenden Nasenobstruction auftrat und eine antiperistaltische Bewegung der Schlingmusculatur hervorrief, um möglichst rasch den respirationshemmenden Fremdkörper auszustossen. BAYER.

38) **E. Weil. Zur Operation der hypertrophischen Rachenmandel.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 7. 1903.*

W. empfiehlt die locale Anästhesie mit Cocain- oder Eucain-Adrenalin und das Beckmann'sche Instrument; bei Nachblutungen geht W. mit dem reinen Finger ein und zerreibt und drückt die Wundstelle, was stets Gerinnen der Blutung zur Folge hat. SCHECH.

39) **Hertz. Ueber Complicationen, welche bei der Operation von Adenoiden vorkommen. (Poriktania przy operacyi sryvqsli adenoidalnych.)** *Gazet. Lek. No. 20, 21, 22, 23. 1903.*

Verf. schildert in einem Vortrage, welcher in der Warschauer Laryngologischen Gesellschaft gehalten wurde, sämmtliche vorkommende Complicationen und zwar verschiedene Arten von Infectionen, Otitis media, Erysipelas, Phlegmone, Shock, Aspiration eines Stückes von Vegetationen in Kehlkopf und Luftröhre, Bruch des Instrumentes u. s. w. In der Discussion, an welcher verschiedene Mitglieder theilnahmen, wurden auch die operativen Eingriffe wie auch die Frage der allgemeinen Anästhesie eingehend besprochen. Die meisten Autoren operiren nur bei localer Anästhesie. A. v. SOKOLOWSKI.

40) **N. Lunin. Ueber Blutungen nach der Entfernung der Rachentonsille. (O krowotetsch. wsledsa udalen. nosoglot. shelesi.)** *Boln. Gaz. No. 3. 1902.*

Nach einigen Hinweisen auf Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Erklärung der Aprosexie macht Lunin darauf aufmerksam, dass die Rachenmandel den Primärherd für tuberculöse Meningitis bilden kann.

Es werden 5 eigene Beobachtungen von Blutungen mitgetheilt, die in verschiedenen Zeiträumen nach der Operation (1 Fall nach 4 und 1 Fall nach 6 Tagen) auftraten und zu mehr oder weniger erheblicher Anämie führten.

In der Literatur hat L. 13 Todesfälle nach Adenotomie gefunden.

Als Ursachen werden beschuldigt: Hämophilie, Anämie, Herzfehler, Vertebra prominens, Ala septi, Gefässanomalien, Cocain, hängen gebliebene Drüsentheile, Menstruation, zu scharfe Instrumente und acute katarrhalische Zustände.

L. empfiehlt gegen Blutung Ferropyrin, Gelatine und als sicherstes Mittel Tamponade.

P. HELLAT.

41) **H. Burger** (Amsterdam). **Tödtliche Blutung nach Adenotomie. (Doodelyke bloeding na adenotomie.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 821. 1903.*

Bei einem 11jährigen Knaben Verblutungstod 17 Stunden nach Amputation der 3 Tonsillen, trotz Tamponade des Nasenrachenraumes. Bei der Section stellte sich heraus, dass der Pat. an voll entwickelter Leukämie gelitten hatte. Fälle mit tödtlichem Ausgang findet B. in der Literatur nur diejenigen von Stucky (vielleicht Tod infolge von Shock), Knight und Kenefic und French (Hämophilie), Newcombe (Todesursache unbekannt), Schmiegelow (Carotisblutung).

Ernste Blutungen sind in der Literatur nur etwa 40 ausführlicher beschrieben worden. Unter 28 Fällen, wo das Alter angegeben, waren nur 7 (= 25 pCt.) jünger als 10, 14 (= 50 pCt.) jünger als 15 Jahre, während nach B.'s Poliklinik-Statistiken von sämmtlichen Adenoidkranken 60 pCt. jünger als 10, 87 resp. 91 pCt. jünger als 15 Jahre waren.

Der Zeitpunkt der Blutung war sehr verschieden. Die „hémorrhagie immédiate retardée“ ist am häufigsten vorgekommen; wirkliche secundäre Blutungen sind seltener und zeigten eine gewisse Vorliebe für den 5. Tag p. op.

Unter 18 Fällen, wo die Operationsmethode angegeben wurde, ist 7mal eine Curette, 7mal eine schneidende Zange, 4mal Curette und Zange gebraucht worden. Auch die Anästhesie scheint nach dieser Statistik keinen Einfluss auf die Blutungsgefahr zu haben. Hämophilie ist nur in wenigen Fällen verzeichnet worden. Weiter sind von den verschiedenen Autoren als ursächliche Momente der Blutung angegeben worden: das Operiren zur Zeit einer acuten Entzündung in den Luftwegen oder zur Zeit der Menstruation, die Vernachlässigung der vorgeschriebenen Ruhe nach der Operation, die Verwundung benachbarter Organe (Vomer, Tubenwülste, Gaumen, Rachenschleimhaut), die Amputation eines abnorm entwickelten Tuberculum anterius atlantis und vor Allem das unvollständige Operiren resp. das Sitzenlassen halbwegs amputirter Adenoidreste.

Mit Bezug auf die riesige Frequenz der Adenotomie sind ernste Blutungen nur äusserst selten; namentlich ist die Todesgefahr nur verschwindend klein. Wenn möglich, operire der Specialist nur mit Vorkenntniss des Hausarztes.

H. BURGER.

42) **Perry G. Goldsmith. Ein tödtlicher Fall secundärer Blutung vier Tage nach Entfernung der Adenoiden. (A fatal case of secondary haemorrhage four days following the removal of adenoids.)** *N. Y. Medical Records. 27. September 1902.*

Die Ursachen für die Blutung waren nicht bekannt. EMIL MAYER.

43) **Francis J. Quinlan. Bösartige Nasenrachentumoren. (Malignant tumors of the naso-pharynx.)** *Laryngoscope. Mai 1903.*

Das einzige Mittel, um die überaus schlechte Prognose der malignen Nasenrachengeschwülste etwas zu bessern, besteht in ihrer möglichst frühzeitigen Diagnose und chirurgischem Eingriff. EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

44) **K. Höricz** (Klausenburg). **Die Beziehungen der Stomatologie zu den übrigen Fachwissenschaften der Medicin.** *Wiener zahnärztl. Monatsschr. No. 1, 3. 1903.*

Besprechung der Mundhygiene und kurzgefasste Zusammenstellung verschiedener Erkrankungen der Mundhöhle, wie Stomatitiden, Gingivitis, Nekrose, Aktinomykose, Soor, Phlegmonen etc. CHIARI.

45) **Hasanow. Fall von Lichen ruber planus der Haut und Schleimhaut des Mundes. (Slutschai l. r. pl. kothi i slesistoi rta.)** *Prot. der Mosk. dermat. Gesell. 1900—1901.*

Es waren neben Affectionen der Haut silbergraue Fleckchen auf der Wangenschleimhaut in der Gegend der Weisheitszähne zu finden. P. HELLAT.

46) **Danlos. Lichen annularis der Mundschleimhaut. (Lichen annulaire de la muqueuse buccale.)** *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. 4. Juni 1903.*

Das ringförmige Schleimhautexanthem, das einen sehr charakteristischen Anblick darbot, fand sich an einigen Stellen der Wangenschleimhaut und der Zunge. PAUL RAUGÉ.

47) **Kpacsrobe. Fall von Psoriasis vulg. der Haut und der Schleimhaut des Mundes.** *Prot. d. Mosk. dermatolog. Gesellschaft. 1903.*

Charakteristisch für Psoriasis der Mundschleimhaut, die höchst selten ist, hält K. erhabene Flecke mit rothem Saum und gleichzeitiges Auftreten der Psoriasis auf dem übrigen Körper. P. HELLAT.

48) **Karwacki. Bacilli fusiformes Vincentii und Spirillen bei Krankheiten der Mundhöhle. (Laseczniki wrzecionarste [bacilli fusiformes Vincenti] i spirylle r cierpieniach janny usterey.)** *Gazet. Lekar. No. 23/24. 1903.*

Verf. beschreibt 2 Fälle von Stomatitis ulcerosa membranacea mit Befund von Bacilli fusiformes und Spirillen. A. SOKOLOWSKI.



49) **D. W. Montgomery. Leukoplakie bei secundärer Syphilis. (Leucoplasia in secondary syphilis.)** *N. Y. Medical Record. 20. Juni 1903.*

Verf. betrachtet das Vorkommen von Leukoplakie bei secundärer Syphilis als eine Seltenheit. Er beschreibt einen Fall, in dem sie 20 Monate nach dem Primäraffekt zu constatiren war.

LEFFERTS.

50) **Korsch. Zur Aetiologie von Noma. (K etiol. nomi.)** *Boln. Gaz. No. 24. 1902.*

Es wurden in einem Fall neben anderen mehr weniger indifferenten Bakterienarten reichliche Colonien von Diphtheriebacillen gefunden.

P. HELLAT.

51) **H. v. Ranke. Altes und Neues zur pathologischen Anatomie des nomatösen Brandes.** *Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1903.*

Erinnernd an seine früheren Untersuchungen über Karyorhexis und Karyolysis bei Noma, sowie an den Befund von Bakterien weist R. darauf hin, dass auch von anderen Forschern der wirkliche Erreger der Noma noch nicht gefunden wurde. Perthes hält die Noma für eine Affection, hervorgerufen durch einen Pilz, der in die Gruppe der Streptotricheen gehört; die Angaben von Perthes werden durch Seiffert in Leipzig bestätigt; bei einem neuen von v. R. beobachteten und von Dürck untersuchten Fälle konnte dasselbe constatirt werden. Die gegen das gesunde Gewebe auswuchernden Fäden scheinen bei Noma eine constante Erscheinung zu sein.

SCHECH.

52) **E. Botella** (Madrid). **Ein Fall von Ludwig'scher Angina. (Un caso de angina de Ludwig.)** *Boletin de Laringol., Otol. y Rinol. No. 10. 1902.*

Typischer Fall von Ludwig'scher Angina. Die Incision erfolgte am dritten Tage fast in der Mittellinie des Mundbodens mit Entleerung von viel Eiter. Heilung nach 8 Tagen. Verf. ist für möglichst rasche Intervention, ohne eine wirkliche Fluctuation abzuwarten.

R. BOTEY.

53) **Charles J. Aldrich. Ein Fall von Ludwig'scher Angina. (A case of Ludwig's Angina.)** *Archives of Pediatrics. Juni 1903.*

Der Fall betraf ein zwei Wochen altes Kind; die Angina entstand infolge einer vom Frenulum linguae ausgehenden Infection, die darauf zurückzuführen war, dass die Hebeamme versucht hatte, es mit einer schmutzigen Nadel zu „lösen“. Nachdem durch Incisionen der Eiter entleert war, trat völlige Heilung ein.

EMIL MAYER.

54) **Charles S. Aldrich. Neuritis nach Angina Ludovici. (Neuritis following Ludwig's Angina.)** *N. Y. Medical News. 27. Juni 1903.*

Die Angina Ludovici trat secundär nach einer Tonsillitis auf; ihr folgte eine heftige septische Neuritis.

LEFFERTS.

55) **Abadie** (Paris). **Dermoidcysten des Mundbodens. (Kystes dermoides du plancher buccal.)** *Société anatomique. 8. Mai 1903.*

Zwei Fälle von Dermoidcysten in der Medianlinie des Mundbodens; in dem einen Fall geschah die Exstirpation vom Munde aus, im anderen von aussen her.

PAUL RAUGÉ.



56) **H. Dickinson. Die Zunge in Krankheiten. (The tongue in diseases.)** *Lancet. 23. Mai 1903.*

Ein Resumé bekannter Dinge. ADOLPH BRONNER.

57) **v. Czyhlarz. Ueber einen Fall von Hypertrophie der Zunge bei Osteo-hypertrophie pneumique.** *Wiener klin. Rundschau. No. 9. 1903.*

Nach dem Auftreten eines Pleuraempyems entwickelten sich Trommelschlägelfinger und auch eine gleichmässige Vergrösserung der Zunge, die jedoch nicht schmerzhaft war und sich wie eine normale Zunge anfühlte. Es dürfte sich um eine toxische Einwirkung auf die genannten Organe handeln. CHIARI-HANSZEL.

58) **M. R. Jay** (Adelaide). **Makroglossie. (Macroglossia.)** *Australasian Medical Gazette. 20. August 1903.*

Es handelt sich um ein Kind, das im Alter von 5 Monaten in Behandlung kam. Die Hypertrophie der Zunge betraf sowohl die Basis wie den vorderen Theil des Organs. Bei jeder Anstrengung trat infolge vermehrter Gefässfüllung der Zungengefässe eine solche Vergrösserung ein, dass das Kind oft in Erstickungsgefahr gerieth. Im Alter von 9 Monaten erinnerte der Allgemeinzustand an Cretinismus. Es wurde nun eine Schilddrüsencur eingeleitet, und zwar mit solchem Erfolg, dass die Makroglossie völlig verschwand. Verf. glaubt, dass diese Therapie auch in manchen Fällen von Tonsillarhypertrophie und adenoiden Vegetationen erfolgreich sein würde. A. J. BRADY.

59) **Danlos. Tuberculöse Erkrankung der Zunge. (Lésions tuberculeuses de la langue.)** *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. 4. Juni 1903.*

Vorstellung zweier Patienten — eines Mannes und einer Frau — mit tuberculösen Geschwülsten und kleinen gelben Knötchen an der Zunge.

In der Discussion betont Darier, dass die gelben Knötchen wirkliche subepithelial gelegene Tuberkel sind, durch die die Mucosa hochgehoben wird; bisweilen handelt es sich auch um kleine miliare Abscesse. PAUL RAUGÉ.

60) **R. H. Johnson. Ein Fall von schwarzer Haarzunge. (A case of black hairy tongue.)** *N. Y. Medical Journal. 18. Juli 1903.*

Die schwarzen Haare konnten mit der Pincette ausgezogen werden; ihre mikroskopische Untersuchung ergab, dass sie aus dachziegelförmig übereinander liegenden verhornten Epithelzellen bestanden. Eine Schwellung der Papillae filiformes, wie sie für manchen Fall beschrieben worden ist, bestand nicht.

LEFFERTS.

61) **Matagne. Vermuthliche tertiäre Zungensyphilis. (Syphilis tertiaire probable de la langue.)** *La Presse Méd. Belge. No. 25. 1902.*

In der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft von Brabant stellt M. einen Kranken vor, dessen linke Zungenhälfte geschwürig zerstört ist; in der Mitte der rechten Hälfte sitzt eine kleine scharf abgesetzte Ulceration; auf beiden Seiten des Halses sind fluctuirende Tumoren zu fühlen. Die ursprünglich für ein Epitheliom

gehaltene geschwürige Neubildung besserte sich jedoch unter dem Gebrauch von Jodkali und Einspritzungen von Calomel, was eher eine tertiäre Zungensyphilis vermuthen lässt.

BAYER.

62) **Bayet. Hemiatrophie der Zunge bei einer Syphilitischen. (Hémiatrophie de la langue chez une syphilitique.)** *Journal méd. de Bruxelles. No. 14. 1903.*

B. stellt in der Belgischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis eine 48jähr. Kranke vor, welche alle syphilitischen Antecedentien in Abrede stellt: gummöses Geschwür auf der linken Wange, über dessen Ursprung kein Zweifel herrscht; ausserdem Strabismus divergens seit 11 Jahren; nach heftigen Kopfschmerzen, absolute Blindheit auf der einen Seite und bedeutender Herabsetzung des Gesichts auf der anderen Seite infolge doppelseitiger Sehnervenatrophie. Die Zunge weicht nach rechts ab, auf welcher Seite sie stark atrophisch ist; die Schleimhaut ist glatt, ohne Papillen, colorirt.

B. führt die Affection auf eine Meningitis basil. specif. zurück.

BAYER.

63) **Poirier** (Paris). **Behandlung des Zungenkrebses. (Traitement du cancer de la langue.)** *Société de chirurgie. 23. April 1902.*

Verf. bedient sich eines Verfahrens, das eine Combination der von Butlin und Whitehead empfohlenen Methoden darstellt. Er entfernt zuerst die Drüsen auf der dem Sitz der Erkrankung entgegengesetzten Seite, unterbindet dann die Lingualis und Carotis externa. In einer zweiten Sitzung exstirpirt er die Drüsen auf der dem Sitz des Carcinoms entsprechenden Seite, amputirt dann die Zunge nach. In den vier bisher so operirten Fällen verlief die Operation glatt; auch ist bisher noch kein Recidiv eingetreten. Der älteste dieser Fälle datirt jedoch erst seit 11 Monaten.

PAUL RAUGÉ.

64) **Du Castel. Gummi und Epitheliom der Zunge. (Gomme et epithélioma de la langue.)** *Archives Internat. d'Otologie, de Laryngologie et Rhinologie. Januar 1903.*

Verf. kommt zu dem Resultat, dass das beste Mittel zur differentiellen Diagnose zwischen beiden Affectionen in der histologischen Untersuchung besteht.

E. J. MOURE.

65) **Butlin. Operationen wegen Zungenkrebs. (Operations for cancer of the tongue.)** *Brit. med. Journal. Februar 1903.*

Eine klinische Vorlesung, in der Verf. auf die Nothwendigkeit hinweist, möglichst frühzeitig die auf der Zungenoberfläche vorkommenden, zum Carcinom disponirenden Zustände zu erkennen und leukoplasische Flecken durch kleine operative Eingriffe zu entfernen, bevor es zur Entstehung eines Carcinoms gekommen ist. Die persönliche Erfahrung des Verf.'s betrifft 129 Fälle; von diesen konnte er in 27 pCt. einen absoluten Heilungserfolg erreichen.

WAGGETT.

66) **Reclus** (Paris). **Acht Epitheliome an derselben Zunge in 21 Jahren operirt. (Huit épitheliomes de la même langue opérés en vingt et un an.)** *Société de Chirurgie. 29. Juli 1903.*

Der Patient wurde zuerst 1881, dann 1882 an einem Recidiv operirt. Im

selben Jahr wieder Recidiv mit Drüsenschwellung, wieder Operation. Bis zum Jahre 1900 wurde er noch 6 mal an Recidiven operirt. Seitdem ist Stillstand eingetreten.

PAUL RAUGÉ.

67) **Jaubert** (Lyon). **Carcinom der Zunge und des Mundbodens. (Cancer de la langue et du plancher buccal.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 13. Mai 1903.*

Nach Unterbindung der Carotis externa und Resection der Maxillaris wurde der Tumor nebst den den Gefässen anhaftenden Drüsen, die bis in den Mundboden herabreichten, entfernt.

PAUL RAUGÉ.

68) **Morestin. Zungenkrebs. (Cancer de la langue.)** *Société anatomique. 19. Juni 1903.*

Dem Patienten war der Unterkiefer, der Mundboden und die Zunge entfernt worden.

PAUL RAUGÉ.

69) **Martin J Engman. Bericht über Radio-Therapie; Heilung eines Zungenepithelioms. (Reports on radio-therapy; cure of epithelioma of the tongue.)** *Interstate medical Journal. Juli 1903.*

Es handelt sich um den Fall einer 50jährigen Frau mit einer harten, flachen Geschwulst auf der rechten Seite der Zunge, die in den letzten Monaten erheblich gewachsen war und Schmerzen verursachte. Die Geschwulst wurde der Einwirkung der Röntgenstrahlen ausgesetzt, und zwar betrug die Expositionsdauer 5 bis 15 Minuten, zuerst alle zwei Tage, später täglich. Es trat Heilung ein. Seit einem Jahre ist kein Recidiv oder Metastase aufgetreten.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

70) **Schabad** (St. Petersburg). **Diphtherie und der Diphtheriebacillus bei Scharlach.** *Archiv f. Kinderheilkde. 34. Bd. 3. u. 4. H. 1902.*

Aus der umfangreichen Untersuchung geht hervor, dass bei Scharlach meistens echte Diphtheriebacillen angetroffen werden und dass diese an dem pathologischen Process theilhaben können, so dass man von einer Combination von Scharlach und Diphtherie sprechen kann. Diphtheriebacillen können bei Scharlach gefunden werden am Anfang der Krankheit, am 2.—3. Tage bei der ersten Untersuchung des Kranken und kann man eigentlich nur dann den Verlauf beider Krankheiten, des Scharlachs und der Diphtherie, als gleichzeitig und neben einander bezeichnen (Diphtheria cum scarlatina), weiter am Ende der ersten und am Anfang der zweiten Woche der Krankheit, wenn die acuten Erscheinungen des Scharlachs noch nicht geschwunden sind (Diphtheria apud scarlatinam). Endlich kann auch ein Scharlachreconvalescent an Diphtherie erkranken, wenn der Scharlach schon vorüber und nur noch Abschuppung vorhanden ist, z. B. in der vierten, fünften Woche der Krankheit (Diphtheria post scarlatinam).

SEIFERT.

71) **Schabad. Diphtherie und Diphtheriebacillus bei Scharlach. Zur Frage der Symbiose von Scharlach mit Diphtherie. (Diftri w difterias. polotschka pri skarlat. K woprosu o sotschetoni skarl. i dift.)** *R. Wrat. p. 724. 1902.*

Der Autor versucht auf 2 Fragen zu antworten: 1. Sind die gefundenen Bacillen bei Scarlatina echte Diphtheriebacillen? und: 2. Können Diphtherie und Scharlach neben einander verlaufen? Die Antwort lautet auf beide Fragen positiv. Er fand Diphtheriebacillen in 6 pCt. aller Scharlachkranken und 11 pCt. solcher, welche diphtheritische Beläge darboten. Untersucht wurden 214 Fälle.

P. HELLAT.

72) **John B. Mc Gee. Scharlachangina mit Masern und Diphtherie complicirt. (Anginose scarlatina complicated with measles and diphtheria.)** *The Cleveland Medical Journal. November 1902.*

Das Krankheitsbild wurde in diesem Falle vom Scharlach beherrscht, jedoch war das Vorhandensein der beiden anderen Infectionskrankheiten durchaus deutlich. Verf. hält in allen Fällen von Scharlachangina die Anwendung des Diphtherie-Antitoxins für gerathen, weil sich häufig dabei der Löffler'sche Bacillus findet. Lähmungen, die nach Scharlach bisweilen beschrieben werden, führt er auf solche Mischinfectionen zurück und glaubt, dass ihnen durch Anwendung des Serums vorgebeugt werden könne.

EMIL MAYER.

73) **Poliektow. Ueber die Behandlung der Skarlatinadiphtherie mit Carbolsäureinjectionen. (O letschenii skarlatinosn. difterii injectiami karb. kisloti.)** *Med. Obosr. p. 818. 1902.*

Als Ursache dieser Form der Erkrankung wird nicht der Streptococcus, sondern das Scharlachvirus selbst angenommen.

Die Behandlung findet nach Heubner statt: es wird je nach dem Alter und der Schwere 2—3mal tägl. 0,01—0,06 der reinen Säure in die Mandel gespritzt. Es wurden nach dieser Methode 110 Fälle behandelt. Die Sterblichkeit betrug 16 pCt. Doch starben 13 Fälle schon in den ersten Tagen an Toxinen, so dass sie nicht dieser Behandlungsmethode zu Last gelegt werden können.

P. HELLAT.

74) **Malinowski. Beitrag zur Pathologie und Therapie von Scharlachcroup und Halsdiphtherie. (Przyczynek do patologii i terapii btonicy i krupu btoniczego.)** *Gazet. Lek. No. 25—27. 1903.*

Auf Grund eigener reicher Erfahrung, die er theils im Krankenhause, theils in der Privatpraxis gesammelt hat, bemüht sich Verf., die Differentialdiagnose zwischen beiden Erkrankungen nicht nur aus dem bakteriologischen Befund, sondern auch aus den klinischen Merkmalen, und zwar besonders aus dem Aussehen der Membranen zu präcisiren (! Ref.). Als Therapie empfiehlt Verf. Seruminjectionen sowohl für die reinen, wie für die Mischinfectionsformen.

A. SOKOLOWSKI.

75) **Barbier. Todesursachen bei der Diphtherie. (Causes de la mort dans la diphtérie.)** *Société de Pédiatrie. 17. Juni 1902.*

Eine der häufigsten Todesursachen bei Diphtherie ist die Herzthrombose;

der Tod tritt plötzlich in vollster Reconvalescenz ein. Die Differentialdiagnose zwischen Herzaffectionen bei Diphtherie und der bulbären Diphtherie ist intra vitam fast unmöglich. Bei Tuberculösen werden durch die Diphtherieinfection oft zum Tode führende acute Verschlechterungen verursacht. PAUL RAUGÉ.

76) **Bernhard Kohn. Die Todesursachen bei Diphtherie. (The causes of death in diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 24. Januar 1903.*

Der Tod kann mechanische Ursachen haben (in früheren Krankheitsstadien Glottisspasmus, in spätern Oedem des Larynx oder Verstopfung durch Membranen); er kann in Folge Toxämie eintreten oder durch eine Complication verursacht werden. Die letzteren werden aufgezählt, ohne dass neue Gesichtspunkte dabei zu Tage treten. LEFFERTS.

77) **Harris. Post-diphtherische Lähmung. (Postdiphtheric paralysis.)** *Brit. med. Journal. 10. Januar 1903.*

Es handelt sich um eine Lähmung des Gaumensegels, der Zunge und der Gesichtsmuskeln. E. B. WAGGETT.

78) **Carle Lee Felt. Postdiphtherische Lähmung. (Post-diphtheric paralysis.)** *N. Y. Medical News. 14. Februar 1903.*

Eine Uebersicht über die verschiedenen Formen der post-diphtherischen Lähmungen. LEFFERTS.

79) **G. Weil** (Paris). **Diphtherische Lähmung. (Paralysio diphthérique.)** *Société médico-chirurgicale. 6. Juli 1903.*

Es handelt sich um eine während einer Familien-Epidemie beobachteten Fall eines Erwachsenen, der zuerst eine Gaumensegellähmung, dann Lähmung des Gesichts und schliesslich allgemeine Lähmung der Extremitäten bekam und geheilt wurde. Die Incubationsdauer in diesem Fall betrug 6 Tage.

PAUL RAUGÉ.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

80) **F. L. Peláez** (Granada). **Klinische Notizen über Laryngologie. (Notas clinicas de laringologia.)** *Revist. de Especialid. Med. No. 74. 1902.*

Dieses Mal veröffentlicht Verf. seine Statistik von Kranken mit Kehlkopfstumoren gutartiger und bösartiger Natur. Unter ersteren findet sich ein Fall von Enchondrom, den P. näher auseinandersetzt. R. BOTEY.

81) **A. C. Rendle** (Liverpool). **Larynxtumor. (Growth of the larynx.)** *Brit. med. Journal. No. 1148. 1902.*

Der Larynx, der von einem nach 5wöchentlicher Erkrankung an Erstickung zu Grunde gegangenen Manne mit tertiärer Syphilis stammt, zeigte eine beide Ventrikel ausfüllende warzige Geschwulst. Ausserdem fanden sich einige Erosionen an den Stimmlippen. JAMES DONELAN.

82) **G. Finder. Grosses Larynxfibrom; Tod durch Erstickung.** *Verhandl. der Charité-Gesellschaft. 27. November 1902.*

Demonstration eines taubeneigrossen Tumors, der mit ziemlich schmaler Basis vom rechten Sinus pyriformis und der ary-epiglottischen Falte ausging und rein mechanisch durch Verlegung des Larynxeingangs den Erstickungstod herbeigeführt hatte. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Fibroma papillare handelte.

AUTOREFERAT.

83) **F. Pick** (Prag). **Larynxpolyp und Larynxtuberculose.** *Prager med. Wochenschrift. No. 20. 1903.*

Nach Entfernung eines ca. haselnussgrossen Larynxpolypen besserte sich eine schon weit vorgeschrittene Lungenphthise zusehends. P. sieht den Grund hierfür in der Beseitigung des Athmungshindernisses.

CHIARI

84) **Umberto Calamida. Lipom des Kehlkopfes. (Lipoma della laringe.)** *Arch. Ital. d. Otologia, Rinologia e Laringologia. Februar 1903.*

Es handelte sich um einen Tumor von der Grösse einer kleinen Nuss, der mit seinem Stiel an der linken ary-epiglottischen Falte inserirte und in dem Sinus piriformis derselben Seite lag. Nachdem es zu einem Suffocationsanfall dadurch gekommen war, dass bei einem Hustenstoss der Tumor in den Larynx gefallen war, wurde er endolaryngeal entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Lipom handelte.

FINDER.

85) **J. E. Summers. Die Behandlung der Kehlkopf-Papillome beim Kinde. (The treatment of papilloma of the larynx in children.)** *N. Y. Medical Journal. 22. August 1903.*

Bericht über 3 Fälle. Im ersten wurde zunächst zur Behebung der Asphyxie die Tracheotomie gemacht, einige Wochen später die Thyreotomie und Ausräumung des Larynx. Die Basis der Geschwülste wurde mit Eisessig geätzt. Ein vier Wochen später gemachter Versuch des Decanulements misslang und es wurde nun intubirt in der Hoffnung, dass der Druck des Tubus die Papillome zum Schwinden bringen würden. Die Geschwülste wuchsen jedoch derart, dass eine zweite Tracheotomie vorgenommen werden und zwei Wochen darauf der Kehlkopf wieder geöffnet und die Papillome wieder entfernt werden mussten. Eine weitere Operation war dann nicht mehr nöthig; die Papillome wuchsen zwar wieder, bildeten sich aber von allein wieder zurück und zwei Jahr nach der ersten Operation konnte die Tube definitiv entfernt werden. In den beiden anderen Fällen kam man mit der Tracheotomie allein aus; die Tube konnte nach ungefähr 6 Monaten entfernt werden.

LEFFERTS.

86) **Caboche** und **Paisseau. Secundäres Kehlkopfsarkom. (Sarcome secondaire du larynx.)** *Société anatomique. 19. Juni 1903.*

Der Larynxtumor war secundär nach einem Sarkom des Mediastinum aufgetreten. Da es sich um einen syphilitischen Patienten handelte, so war zuerst an eine specifische Erkrankung des Kehlkopfes gedacht worden.

PAUL RAUGÉ.

87) **A. Morton. Carcinom des Larynx und der Trachea, mit Befallensein des Oesophagus. (Carcinoma of larynx and trachea, involving oesophagus.)** *Pacific medical Journal. October 1902.*

Sechs Monate nach der Tracheotomie wurde die Gastrotomie gemacht.

EMIL MAYER.

88) **J. Garel** (Lyon). **Larynxtumor. (Tumeur du larynx.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 24. Februar 1903.*

Die Untersuchung der an erschwerter Athmung und Spasmen leidenden Kranken zeigte eine Geschwulst von der Grösse einer Nuss, die die ganze Glottis verdeckte und die, wie man schon aus den Bewegungen, die sie bei der Respiration machte, schliessen konnte, gestielt war. Sie wurde mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt. Es handelte sich um ein Fibrom.

PAUL RAUGÉ.

89) **Wm. Dudley. Kehlkopfkrebs. (Cancer of the larynx.)** *Brooklyn Medical Journal. Februar 1903.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

90) **Larmois** und **Courmont** (Lyon). **Tumor der Stimmlippen. (Tumeur des cordes vocales.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 12. Mai 1903.*

Es handelt sich um ein Larynxcarcinom, das durch seine lange Dauer (8 Jahre) bemerkenswerth ist, es war infolge von Spasmen des Oesophagus Dysphagie aufgetreten.

PAUL RAUGÉ.

91) **Antonio de Cortis. Totalexstirpation des Larynx wegen malignen Tumors. (Laringectomia totale per tumore maligno.)** *Bollett. d. malattie dell'orecchio etc. October 1903.*

Bericht über den Fall eines 67jährigen Mannes, bei dem vor 3 Jahren wegen Carcinoms die Totalexstirpation des Larynx gemacht wurde und der seit dieser Zeit recidivfrei ist. Patient kann sich durch aphonische Flüstersprache verständlich machen.

FINDER.

92) **B. Bosio. Larynxkrebs; Laryngotomie. (Epithelioma della laringe; laringotomia.)** *Pavia. Tip. Cooperativa. 1903.*

Pat. ist ein 53jähriger Mann, bei dem ein blumenkohlförmiger Tumor in der vorderen Commissur gefunden wurde. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Plattenepithel-Carcinom handelte. Nach vorausgegangener Tracheotomie wurde die Eröffnung des Kehlkopfes nach der Gluck'schen Methode gemacht, der Tumor entfernt und der Grund mit dem Galvanokauter verätzt. Aus der Thatsache, dass seit 5 Monaten kein Recidiv aufgetreten ist, glaubt Verf. unter anderem schliessen zu dürfen, dass die Laryngotomie der endolaryngealen Methode weit überlegen ist, da sie mehr gegen Recidive schützt.

FINDER.



93) **Michele de Rosa. Tracheitis catarrhalis haemorrhagica. (Tracheite catarrale emorragica.)** *Arch. Ital. d. Otologia, Rinologia e Laringologia. Februar 1903.*

Was die Aetiologie und Pathologie dieser zuerst von Massei beschriebenen Krankheitsform anbetrifft, so schliesst sich Verf. den Ansichten, die dieser Autor in seiner 1898 publicirten Arbeit ausgesprochen hat (Ref. Centralblatt XVI. S. 197) vollkommen an. Er führt 2 Fälle eigener Beobachtung an. Der eine betrifft einen 32jährigen Mann, der andere eine 40jährige Frau. Ersterer hat seit 11 Jahren mehrere Male Haemoptoë gehabt; die Untersuchung seiner Lungen hat stets ein negatives Ergebniss gehabt, sein Allgemeinzustand ist dauernd gut geblieben. Bei der Tracheoskopie sah man die Trachealschleimhaut geröthet, an einigen Stellen erodirt. Im zweiten Fall trat die Haemoptoë während der Menses auf: auch hier ergaben die seit einem Jahre vorgenommenen Untersuchungen der Lungen kein Resultat. Dagegen war der Befund der Trachea derselbe wie im ersten Fall.

FINDER.

94) **Levis A. Conner. Syphilis der Trachea und der Bronchien. (Syphilis of the trachea and bronchi.)** *American Journal of Medical Sciences. Juli 1903.*

Verf. giebt einen Ueberblick über 128 in der Litteratur mitgetheilte Fälle und berichtet über einen Fall von syphilitischer Bronchialstenose. Dieser betraf eine 30jährige Frau, die unter Dyspnoe und Husten fieberhaft erkrankte und ohne dass eine sichere Diagnose gestellt werden konnte, am 4. Tage starb. Man fand in den beiden Hauptbronchien Stenose und eine Verdickung der Trachealwand. Aus der Art der Bronchialstenose, der gleichzeitig bestehenden Amyloiddegeneration von Milz, Leber und Nieren, sowie der auffallend starken Arteriosklerose glaubt Verf. mit Sicherheit auf die syphilitische Natur der Tracheal- und Bronchialaffection schliessen zu können.

EMIL MAYER.

95) **C. Metzlar** (Apeldoorn). **Syphilitische Trachealstenose.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. III. p. 669. 1903.*

Mittheilung eines Falles mit letalem Ausgang durch Erstickung. 6 Stunden vor dem Tode wurde unter Adrenalin-Cocain-Anaesthesie die Tracheotomia infer. gemacht. Die Blutung war minimal. Bei der Section wurde eine hochgradige Stenose an der Bifurcation und oberflächliche Ulceration im untersten Trachealabschnitt gefunden. Daselbst war aller Knorpel aus der Trachealwand verschwunden. Mikroskopisch wurde die luetische Art des Processes bestätigt.

H. BURGER.

96) **Mendel** (Paris). **Die Trachealinjection und ihre vereinfachte Technik. (L'injection trachéale et sa technique simplifiée.)** *Médecine Moderne. 19. März 1902.*

Verf. empfiehlt die Tracheal-Injectionen auf das Wärmste; nach seinen Erfahrungen verursachen sie niemals Hustenreiz oder Spasmus. Sie stellen gleichzeitig eine Localbehandlung und eine allgemeine Therapie vor und haben den Vorzug, dass die Digestion von ihnen nicht beeinträchtigt wird. Um der Methode weitere Verbreitung zu sichern, hat Verf. ihre Technik vereinfacht. Er sieht von

der Benutzung des Spiegels ab und macht die Injectionen mit einer besonderen Spritze, für die zwei Canülen — eine mit kleiner, eine andere mit grosser Krümmung — vorhanden sind. Er unterscheidet: 1. Die Injection von der Seite her. Bei dieser wird an die Spritze die Canüle mit grosser Krümmung angesetzt und von der Seite her zwischen dem linken Zungenrand und der Mandel eingeführt. Hebt man die Hand und dreht sie leicht nach aussen, so gleitet die Spitze der Canüle über den Rand der Epiglottis hinweg und man kann nun die Flüssigkeit durch die Glottis hindurchspritzen. 2. Bei dem Verfahren in der Mittellinie wird die mit der kurzgebogenen Canüle armirte Spritze direct längs der Zungenoberfläche nach hinten geführt. Zur Injection benutzt Verf. Thymus-, Camillen-, Eucalyptus-, Guajacol-Extract etc.

PAUL RAUGÉ.

97) **Tavel** (Bern). **Eine lange biegsame Trachealdoppelcanüle.** *Centralblatt f. Chirurgie. 3. 1903.*

Bei der von Tavel construirten Canüle zeigt eine innere Canüle umgekehrte Spiralen wie die äussere, so dass das Ineinandergreifen beider Spiralen verhindert ist, ferner ist das untere steife Ende kürzer als bei der König'schen.

SEIFERT.

f. Schilddrüse.

98) **A. Oswald. Weiteres über Thyreoglobulin.** *Hofmeister's Beiträge zur chem. Physiol. III. 10/12. S. 545.*

Verf. schliesst aus seinen Untersuchungen, dass nur der Gehalt an Jodthyreoglobulin die Intensität der Wirksamkeit der Schilddrüsen-Präparate bedingt.

J. KATZENSTEIN.

99) **A. Oswald. Die Chemie und Physiologie des Kropfes.** *Virchow's Archiv. CLXIX. 3. S. 444.*

Der Jodgehalt der Strumen geht dem Colloidgehalte derselben parallel, doch ist der relative Gehalt an Jodthyreoglobulin, also an der wirksamen Substanz um so kleiner, je weiter die Colloidentlastung vorgeschritten ist. Das Jodthyreoglobulin aus Kröpfen hat dieselben Eigenschaften wie die aus gesunden Schilddrüsen gewonnene, aber in etwas schwächerem Grade. Die Erkrankung der Schilddrüse bei Basedow'scher Krankheit ist nicht die Ursache, sondern eine Folge davon.

J. KATZENSTEIN.

100) **P. G. Bayon. Erneute Versuche über den Einfluss des Schilddrüsenverlustes und der Schilddrüsenfütterung auf die Heilung von Knochenbrüchen.** *Verhandl. der physik.-med. Gesellsch. zu Würzburg. N. F. Bd. XXXV. No. 6. S. 299.*

Die Thyreoidektomie bedingt eine ganz erhebliche Verlangsamung der Fracturheilung beim Kaninchen. Diese Verlangsamung tritt sofort nach Ausschaltung der Schilddrüse auf, lange bevor das Vollbild der Kachexie sich entwickelt hat. Die Fütterung thyreoidektomirter Kaninchen mit Schilddrüsenpräparaten

zeigt eine Beschleunigung des Heilungsprocesses gegenüber nicht gefütterten thyreoidektomirten Thieren, jedoch ohne die Wirkung der Schilddrüse in der Wirkung der Fracturheilung mehr als theilweise ersetzen zu können. Die Darreichung von Schilddrüsenpräparaten an normale Thiere beschleunigt die Fracturheilung deutlich. Die complete Thyreoidektomie (Mitentfernung der Glandulae parathyreoideae) ist kein tödtlicher Eingriff beim Kaninchen.

J. KATZENSTEIN.

101) **Magnus-Levy. Ueber Organtherapie beim endemischen Kretinismus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 30. 1903.*

In 7 Fällen mittelschweren endemischen Cretinismus — darunter war 1 Fall von mässigem Kropf — erzielte die eingeleitete Schilddrüsenbehandlung eine ausserordentliche Besserung, Zunahme der Körperlänge von 10—12—17 cm in einem Jahre, bedeutende Hebung der geistigen Fähigkeiten, weshalb Magnus-Levy glaubt, dass auch bei dem endemischen Cretinismus eine Störung der Schilddrüsenfunction die Ursache sei.

SCHECH.

102) **Moebius. Ueber das Antithyreoidin.** *Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1903.*

Moebius liess durch Merck-Darmstadt aus dem Blute schilddrüsenloser Pflanzenfresser ein Heilserum gegen Basedow'sche Krankheit darstellen, das sowohl subcutan als auch innerlich mit gutem Erfolge applicirt wurde. Hinderlich für die allgemeinere Verwendung ist der hohe Preis des Mittels, zumal ziemlich viel davon geschluckt werden muss; ausgedehnte Versuche an verschiedenen Kliniken sind im Gang, Definitives kann noch nicht mitgetheilt werden.

SCHECH.

103) **C. Rayne. Die Behandlung des Kropfes mittels Gebrauches von destillirtem oder Regenwasser. (The treatment of goitre by the use of destilled or rain water.)** *Lancet. 18. Juli 1903.*

Bericht über 3 Fälle: 1. 18jährige Frau, deren grosser Kropf sich bei gewöhnlicher Behandlung nicht besserte; nachdem sie einige Wochen nur destillirtes Wasser getrunken hatte, trat Besserung ein. Sie ging dann aufs Land und trank Regenwasser. Nach 6 Monaten war der Kropf verschwunden. 2. 40jährige Frau. Seit 12—15 Jahren litt sie an Kropf. Es trat schliesslich starke Dyspnoe ein. Nach 8 Monate langem Trinken von destillirtem Wasser war die Struma auf die Hälfte ihrer früheren Grösse zurückgegangen. 3. Rapide Besserung eines Kropfes nach Genuss von destillirtem Wasser.

A. BRONNER.

104) **W. Brock. Kropfbehandlung mittels Regenwasser. (The treatment of goitre by the use of rain water.)** *Lancet. 25. Juli 1903.*

Besserung einer Struma bei einem 17jährigen Mädchen nach Genuss von destillirtem Wasser.

A. BRONNER.

g. Oesophagus.

105) **W. Sakata. Ueber die Lymphgefässe des Oesophagus und über seine regionären Lymphdrüsen mit Berücksichtigung der Verbreitung des Carcinoms.** *Grenzgeb. der Medicin und Chirurgie. Bd. 11. H. 5. S. 634.*

Die Lymphgefässe des Oesophagus entspringen aus der tieferen Schicht der Schleimhaut und aus der Muskelhaut des Oesophagus. In der Schleimhaut bilden sie ein dichtgedrängtes längsgeordnetes Netz, welches, um die abführenden Stämme in der Submucosa zu erreichen, noch in der Submucosa in einige unregelmässige Netze übergeht. In der Muskelhaut bilden sie hauptsächlich an der äusseren Oberfläche ein Netz, welches aus viel feineren Gefässen, als das der Schleimhaut besteht. Die Gefässe der Schleimhaut und der Muskelhaut communiciren nie direkt untereinander. Die abführenden Gefässe der Schleimhaut durchbrechen entweder sofort an ihrem Ursprungsort die Muskelhaut und gelangen zu den benachbarten Drüsen oder sie verlaufen eine mehr oder weniger lange Strecke in der Submucosa, um erst dann die Muskelhaut zu durchbrechen. Auf der äusseren Oberfläche der Muskelhaut sieht man ebenfalls zahlreiche abführende Gefässe, die aus der Muskelhaut selbst oder aus der Schleimhaut entspringen und noch eine Strecke lang an der Wand des Oesophagus verlaufen. Die Drüsen lassen sich theilen in die Drüsen der unmittelbaren Umgebung und in die der entfernteren Stellen; die meisten Drüsen gehören zu den anliegenden, nur die Gland. cervicales proff. inff. sind als die entfernteren zu bezeichnen.

Die locale Ausbreitung des Carcinoms an der Oesophaguswand findet in einer grossen Zahl von Fällen der Anordnung der Lymphwege entsprechend in der Längsrichtung statt. Da aber die Verbreitung des Carcinoms in loco nicht nur durch die Lymphbahnen, sondern auch durch Vorschiebung von Krebszapfen in die benachbarten Gewebe stattfindet, so kommt ausser dem Wachsthum in der Richtung der Lymphbahnen auch noch eine rein circuläre Ausbreitung „Gürtelkrebs“ des Oesophagus vor. Neben der Nekropsie wäre intra vitam die endoskopische Beobachtung geeignet, hierüber weitere Belehrungen zu geben.

Besondere Aufmerksamkeit richtete Verf. auf die L ä h m u n g e n d e s N. r e c u r r e n s bei Oesophaguscarcinom. Die Lähmung tritt einmal auf infolge direkter Umwachsung des Nerven durch Carcinommassen, andererseits durch Umwachsung und Druck von carcinomatösen geschwollenen Lymphdrüsen. Der N. recurrens ist auf beiden Seiten von den Glandulae cervicales proff. supp. allseitig umgeben, welche nicht nur in der Höhe der Theilungsstelle der Carotis, sondern auch als zusammenhängende Drüsengruppe bis zum Aortenbogen sich erstrecken können. Es ist deshalb leicht die Möglichkeit vorhanden, dass eine Recurrenslähmung auftritt, bevor es zu einer direkten Umwachsung durch den primären Tumor selbst kommt.

Unter 236 Fällen von Oesophaguscarcinom der Breslauer chirurgischen Klinik waren 18 (7,6 pCt.) Fälle von Recurrenslähmung, von denen 13 einseitig waren, 5 beide Stimmbänder betrafen. Entsprechend der Annahme, dass der linke N. recurrens, der dem Oesophagus dichter anliegt, infolge einer Umwachsung des Carci-

noms oder eines Druckes auf denselben leichter als der rechte gelähmt werden kann, fand sich eine einseitige Lähmung auf der linken Seite in 10 Fällen und nur in 3 Fällen rechts. Lähmungen des N. recurrens, die schliesslich auf Druck durch secundäre Lymphdrüsenschwellungen zurückzuführen sind, können dann erst als klinisch sicher angenommen werden, wenn der Sitz des Carcinoms viel tiefer oder höher als dieser Nerv gelegen ist.

J. KATZENSTEIN.

106) **Faure** (Paris). **Exstirpation eines Oesophaguscarcinoms. (Exstirpation d'un cancer de l'oesophage.)** *Société de Chirurgie. 28. Januar 1903.*

Der Tumor sass 7 cm unterhalb des Anfangs der Speiseröhre. Die Operation wurde folgender Maassen vorgenommen: Auf der rechten Halsseite wurde ein 10 cm langer Einschnitt gemacht, dann der obere Theil des Oesophagus isolirt, dann eine vertikale Incision in gleicher Entfernung von dem spinalen Rand des Schulterblattes und den Wirbelepiphysen gemacht, dann Resection einiger Centimeter von der 2.—5. Rippe und von 2 cm der 1. Rippe. Der Oesophagus wurde nun freigelegt, von der Umgebung isolirt, doppelt unterbunden und resecirt. Am Abend des Operationstages trat der Tod infolge Asphyxie ein.

PAUL RAUGÉ.

107) **Tuffier. Die Resection des Oesophagus. (Sur la résection de l'oesophage.)** *Société de Chirurgie. 6. Mai 1903.*

Der Oesophagus kann zugänglich gemacht werden:

1. auf abdominalem Wege;
2. von vorn auf sternalem Wege;
3. von hinten her (mediastinaler oder transpleuraler Weg).

Die erste Operationsmethode ist schwierig und sehr gefahrvoll wegen der Perforation des Diaphragmas; sie ist nicht anzurathen; die zweite Methode hat Verf. selbst nie angewandt. Er empfiehlt am meisten die transpleurale Operationsmethode, die am bequemsten und breitesten den Oesophagus zugänglich macht.

PAUL RAUGÉ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Verhandlungen der Londoner Laryngologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 7. November 1902.

Vorsitzender: Cresswell Baber.

De Santi: Fall eines 26jährigen Mannes mit tertiärer Kehlkopfsyphilis.

Pat. ist seit 4 Jahren in Behandlung. Diese bestand in grossen Dosen von Jodkali und in localer Anwendung verschiedener Mittel. Zur Zeit findet sich am linken Stimmband eine grosse rothe Geschwulst und Schwellung der Interarytaenoidalgegend. Pat. klagt über Schmerzen und Athembeschwerden. Es handelt

sich um die Frage, ob die Thyreotomie oder eine endolaryngeale Behandlung angezeigt sei.

Dundas Grant hält den Fall für Pachydermie.

F. J. Stewart räth zu einem Versuch mit Formol-Sprays, die ihm in derartigen Fällen gute Dienste geleistet haben.

De Santi stellt einen Patienten mit Geschwulst am linken Stimmband vor, die zweifelhafter Natur ist. Die Diagnose schwankte zwischen Tuberculose und Pachydermie; die mikroskopische Untersuchung ergab, dass der Tumor papillomatösen Charakter hat.

Cresswell Baber: Ausgedehnte Fensterung der vorderen Gaumenbögen bei einem 14jährigen Knaben, der niemals Scharlach, Pocken oder Diphtherie gehabt hat. Im Alter von 6 Jahren hat er Masern und Mumps durchgemacht; ungefähr zur selben Zeit hat er nach Angabe der Mutter eine eigenthümliche Halsentzündung gehabt. Die vorderen Gaumenbögen waren zu dünnen, beweglichen, durchsichtigen Bändern reducirt. Wahrscheinlich handelt es sich um eine angeborene Veränderung.

Sir Felix Semon: Was am meisten bei diesem, wie bei ähnlichen Fällen für den congenitalen Charakter spricht, ist die bilaterale Symmetrie der Fensterung.

Charles A. Parker: Fall von doppelseitiger Abductorlähmung mit Schwellung an den Aryknorpeln bei einem 38jährigen Manne.

Die Stimmbänder waren in der Mittellinie fixirt und es bestand Schwellung zwischen den Aryknorpeln. Ausser Ungleichheit der Pupillen war kein Symptom für Tabes oder sonst eine nervöse Erkrankung auffindbar. Im Sputum keine Tuberkelbacillen. Wegen der bestehenden Dyspnoë musste die Tracheotomie gemacht werden. Gleichzeitig vorhandene Deglutitionsbeschwerden legten den Verdacht eines Oesophaguscarcinoms nahe.

Richard Lake: Entfernung der Epiglottis wegen Tuberculose.

Wegen starker Dysphagie wurde die Epiglottis mit der galvanokaustischen Schlinge amputirt. Die Beschwerden liessen unmittelbar nach der Operation nach; der Allgemeinzustand besserte sich infolge der besseren Nahrungsaufnahme erheblich.

J. Donelan: Gestielte, wahrscheinlich angeborene Kehlkopfgeschwulst bei einem 15jährigen Knaben.

Es waren zwei Tumoren vorhanden: Der eine, grössere sass am Stimmbande, der andere, kleinere subglottisch. Der erstere war wahrscheinlich zuerst ein Papillom gewesen, im Laufe der Zeit aber fibrös geworden und hatte einen Stiel bekommen. Da der Knabe von Geburt an heiser gewesen sein soll, so wird angenommen, dass es sich um angeborene Tumoren handelt. Infolge des jahrelang bestehenden Respirationshindernisses befindet sich der Knabe in einem ausgesprochen anämischen Zustande.



Scanes Spicer: Ein Modell zur Demonstration des Luftstromes in der Nase bei freier und behinderter Nasenathmung.

Der Apparat besteht in einem Gipsmodell eines Sagittalschnittes durch den Kopf; das Septum narium ist entfernt. Eine biegsame weiche Metalltube wird so gebogen, dass sie ungefähr Form und Dimension des Vestibulum naris hat und an der vorderen Nasenöffnung des Hülfsmodells befestigt wird, während eine Gummiröhre am pharyngealen Ende der Nasenhöhle angebracht wird. Eine Glasscheibe wird nun luftdicht über der Nasenhöhle mittels Gummi befestigt und durch die Gummiröhre Cigarrenrauch in die Höhle geblasen. Wird nun durch die Gummiröhre in- und exspirirt, so markirt sich der Luftstrom in dem dichten Cigarrenrauch deutlich. Der normale Inspirationsstrom bei ruhiger Athmung breitet sich fächerförmig am unteren Theil der mittleren Muschel und ihrer Umgebung aus, fährt dann am Nasen- und Nasenrachendach entlang, indem er hauptsächlich die oberen zwei Drittel der Nasenhöhle passirt. Ein Wirbel wird durch einen Luftstrom gebildet, der vom Hauptstrom sich grade an der hinteren Nasenöffnung abzweigt, nach unten und vorn gegen den Nasenboden schlägt und an dem vorderen Ende der unteren Muschel entlang geht. Der Inspirationsstrom geht normaler Weise nicht durch den unteren Nasengang. Der normale Exspirationsstrom bei ruhiger Athmung geht hauptsächlich durch den unteren Nasengang; ein Wirbel wird im vorderen Theil der Nase gebildet in umgekehrter Richtung, wie bei der Inspiration.

Nach Entfernung der Glasscheibe kann man in der Nasenhöhle Veränderungen anbringen, die Hindernissen, wie Leisten, Polypen etc. entsprechen, und dann nach Wiederanbringung der Glasscheibe die Aenderungen in der Richtung des Respirationsstromes studiren.

Hunter Tod: Abscess des harten Gaumens und der Nasenscheidewand nach linksseitigem Antrum-Empyem.

Es handelte sich um ein Empyem von zweifellos dentalem Ursprung; es trat weder Nekrose des Knochens noch Perforation des Septums ein.

C. A. Parker hat einen ähnlichen Fall von Septumabscess bei einem 7jähr. Kinde gesehen; gleichzeitig bestand ausgedehnte Nekrose des Alveolarfortsatzes und Oberkiefers.

Hunter Tod: Doppelseitiges Antrum- und Stirnhöhlenempyem.

Das Empyem datirt seit 1897 und ist wahrscheinlich nach Influenza entstanden. Nachdem es links zu einer Stirnhöhlenfistel gekommen war, wurde Weihnachten 1901 die linke Stirnhöhle radical operirt; Pat. hat noch rechtsseitiges Stirn- und Highmorshöhlenempyem, ist aber von Beschwerden frei und es handelt sich um die Frage, ob eine Operation der rechten Seite trotzdem vorgenommen werden soll.

Discussion: Der Präsident und Herbert Tilley.

Sir Felix Semon: Ein Fall von speckig aussehender Infiltration von Uvula, weichem Gaumen und rechtem Aryknorpel.

Patientin, eine 30jährige Frau, leidet seit einigen Jahren an Halsbeschwerden



und gelegentlich auftretenden Schluckschmerzen. Man sieht eine erhebliche Infiltration der Uvula und der angrenzenden Theile des Gaumens, und zwar besteht das auffallendste Zeichen in der eigenthümlich gelben Farbe der afficirten Theile, die an das Aussehen einer speckig degenerirten Niere erinnert. Dieselbe gelbe Infiltration findet sich auch am rechten Aryknorpel, während der linke mehr ödematös aussieht und an Tuberculose denken lässt. Es bestehen keine Schmerzen, keine Respirationsbeschwerden, keine Heiserkeit. An den übrigen Organen wurde nichts Krankhaftes gefunden. Während der fünf Monate, die Patientin unter Beobachtung blieb, wechselte der Zustand etwas. Es ist dies der dritte derartige Fall, den Semon gesehen hat. Die anderen beiden betrafen ebenfall Frauen im Alter von 30 resp. 40 Jahren. In dem einen dieser Fälle war sowohl die Uvula, wie die Epiglottis und beide Aryknorpel von der gelblichen Infiltration befallen; nach 4 Jahren stellte sich die Patientin als geheilt vor. Redner beabsichtigt, ein Stück der Uvula zwecks mikroskopischer Untersuchung zu amputiren.

Sir Felix Semon: Ein Fall von Ulceration der linken Tonsille mit erheblicher acuter Schwellung zahlreicher cervicaler Lymphdrüsen an beiden Seiten des Halses.

Patient ist ein 70jähriger Mann. Nach einer Peritonsillitis blieb die linke Tonsille vergrössert und zeigte oberflächliche Ulcerationen; sie fühlte sich bei der Palpation nicht sonderlich hart an. Die Lymphdrüsen am Halse waren, besonders auf der linken Seite, rapide geschwollen. Auf den ersten Blick spricht manches für eine maligne Erkrankung — Tuberculose und Syphilis konnten sicher ausgeschlossen werden —; als ungewöhnlich hebt S. in diesem Fall besonders hervor die rapide Entwickelung der Drüsenschwellung, die verhältnissmässig geringe Grösse der erkrankten Tonsille im Vergleich zu dem Umfang der Drüsenschwellung, sowie ferner, dass diese beiderseitig ist, während nur die linke Tonsille befallen ist. Die mikroskopische Untersuchung eines mit der schneidenden Zange entfernten Stückchens ergab, dass es sich um ein entzündliches Granulationsgewebe handelt, das als sarkomatös nicht bezeichnet werden kann. Patient erhält Jodkali und äusserlich Belladonna-Pasta.

De Santi hält die Tonsillarerkrankung für ein Epitheliom; er meint, die beiderseitige Drüsenaffection spreche nicht gegen diese Diagnose.

Dundas Grant räth, eine der Drüsen behufs mikroskopischer Untersuchung zu exstirpiren.

Sir Felix Semon glaubt, dass man die Diagnose noch in suspenso lassen muss.

Fitz Gerald Powell: Fall von Epiglottiscyste bei einem 40jährigen Manne.

Hamilton Burt: Fall von Zungenkrebs.

Der Fall betrifft eine 24jährige Frau. Auf der rechten Zungenhälfte befindet sich ein klein-kirschengrosser Tumor mit indurirter Basis und ulcerirter Oberfläche. Keine Drüsenschwellung. Nach Jodkali trat anfängliche Besserung ein, dann aber rapides Wachsthum.

Powell und De Santi halten den Fall gleichfalls für Epitheliom. Letzterer hat ein Zungencarcinom schon bei einem 21jährigen Mädchen gesehen, das nach der Operation an Drüsenmetastase zu Grunde ging.

Furniss Potter: Fall von recidivirenden Ulcerationen im Pharynx und Larynx.

Der Fall, der einen 56jährigen Mann betrifft, wird als Herpes gedeutet.

Lack hält es vielmehr wegen der Grösse der Ulcerationen für Pemphigus.

Herbert Tilley: Fall von gefässreichem Nasenrachenfibrom.

Die linke Nase des 14jährigen Knaben war vollkommen verstopft durch eine röthliche elastische Geschwulstmasse, die scheinbar von der Regio ethmoidalis und sphenoidalis ihren Ursprung nahm. Es wurde eine Operation vorgenommen, die so ausgeführt wurde, dass die Nasenbeine durchsägt und die Nase nach unten geklappt wurde. Die Geschwulst lag nun frei, es zeigte sich aber, dass ihre Basis zu ausgedehnt war, als dass es möglich gewesen wäre, sie auf diesem Wege ganz zu entfernen. Die mikroskopische Untersuchung eines exstirpirten Stückes ergab, dass es sich um ein Angiofibrom ohne irgend welche Anzeichen von Malignität handelte. Drei Wochen später wurde die ganze linke Hälfte des harten Gaumens entfernt, der Tumor konnte jetzt ganz entfernt werden, jedoch schon nach drei Wochen trat ein Recidiv ein und drei Monate nach der zweiten wurde zur dritten Operation geschritten, bei der auch noch der vordere Theil des linken Oberkiefers resecirt wurde. Die Highmorshöhle fand man bei dieser Gelegenheit von Geschwulstmassen erfüllt. Seit 4 Monaten ist kein Recidiv eingetreten.

Fitz Gerald Powell erinnert an einen von ihm mitgetheilten Fall, in dem ein Fibrom der Nase vom Dache der Highmorshöhle ausging.

Lambert Lack: Fall von completer Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Pharynxwand.

Pat. klagt über Beschwerden beim Schlucken und stechende Schmerzen im Ohr. Der im Nasenrachen sich ansammelnde Schleim wird durch Ausspritzen von der Nase aus entfernt.

De Santi räth, die Reste des Gaumensegels abzulösen und diese mit dem harten Gaumen zu vernähen. Er hat diese Methode mit Erfolg geübt.

A. Parker: Fall von Epistaxis bei einem 42jährigen Mann.

Pat. leidet seit über 12 Monaten an Nasenbluten, das zeitweise sehr heftig auftritt; die Schleimhaut des Septums ist, so weit man sie überblicken kann, aufgelockert und morsch und blutet bei leisester Berührung. Wiederholte Galvanokaustik ist ohne Erfog geblieben.

Dundas Grant: Fall von Abductorenlähmung, Lähmung der Gaumenmuskeln und leichter Zungenparese.

Pat. kam vor 2 Jahren unter Beobachtung; unter antisyphilitischer Behandlung scheint eine geringe Besserung eingetreten zu sein.

Sitzung vom 5. December 1902.

Vorsitzender: Cresswell Baber.

W. R. H. Stewart: Ulcerationen im Mund und an der Zunge.

Es handelt sich um Geschwüre, die seit 4 Jahren recidivirend im Mund, auf Lippen und Zunge einer 30jährigen Frau auftreten. Unter specifischer Behandlung trat Verschlechterung ein.

Spencer hält die Geschwüre für herpetische.

Stewart: Präparat einer Missbildung der Speiseröhre.

Das Präparat stammt von einem Knaben, der, 5 Tage alt, ins Hospital aufgenommen wurde wegen einer totalen Obstruction des Oesophagus. Es wurde die Gastrotomie gemacht; jedoch 8 Tage später starb das Kind.

Es zeigte sich, dass der obere Theil des Oesophagus dilatirt ist und blind endigt, während der untere Theil mit der Trachea unmittelbar über der Bifurcation communicirte. Irgend welche andere Missbildung fand sich nicht.

Hunter Tod: Laryngitis hypertrophica bei einem 21jährigen Mädchen nach langdauernder Nasenkrankheit.

Pat. hat 5 Jahre lang an Nasenverstopfung gelitten; in den letzten 4 Jahren ist sie heiser, hustet und hat Auswurf.

Bei ihrer Aufnahme ins Hospital fand man Rhinitis hyperplastica, und es zeigte sich, dass eitrig-schleimiges Secret aus dem Rachen in den Kehlkopf herabfloss. In letzterem sah man Hypertrophie der Schleimhaut in der Regio interarytaenoidea und Verdickung sowie Röthung der Stimmlippen. Nach Behandlung der Rhinitis hyperplastica hörte die Secretion im Pharynx auf.

Tilley räth, die hyperplastische Schleimhaut in der Regio interarytaenoidea mit der schneidenden Zange zu entfernen und die Stimmlippen mit Argentum nitricum zu behandeln. Dies Verfahren hat ihm in einem ähnlichen Falle gute Dienste geleistet.

Stewart hat bereits vier- oder fünfmal grosse Stücke entfernt, aber immer wieder Recidive gehabt.

Dundas Grant hat solche Fälle als „post-rhinitische Pseudo-Pachydermie“ beschrieben. In einem dieser Fälle hat er nach localer Anwendung von Salicylsäurelösung im Larynx guten Erfolg gesehen.

Seanes Spicer: Demonstration der normalen Luftdruckschwankungen in den oberen Luftwegen.

Es wurden die Luftdruckschwankungen an Manometern demonstrirt, die mit in der Nasenhöhle liegenden Tubenkathetern in Verbindung gebracht sind. S. ist auf Grund seiner Versuche zu der Ansicht gelangt, dass infolge einer von Natur weiten Rima der normale Luftdruck in der Nase herabgesetzt wird, was eine Herabsetzung in der Ernährung der Nasenwände zur Folge hat; so soll das Zustandekommen der atrophischen Rhinitis zu erklären sein.

Lambert Lack hält den Spicer'schen Apparat für durchaus unzuverlässig: es lasse sich mit ihm jedes gewünschte Resultat erzielen.

Scanes Spicer glaubt, dass unter gewissen Bedingungen mittels seines Nasenmanometer die Frage, ob eine Obstruction vorhanden sei oder nicht, entschieden werden könne: + 7 mm und — 7 mm Wasser hält er für die Grenzen der physiologischen Luftdruckschwankungen bei ruhiger Athmung.

Logan Turner: Anatomische Präparate zur Demonstration des künstlichen Kehlkopfödems.

T. hat Injectionen mit Carmin-Gélatine in das submucöse Gewebe frischer gesunder Kehlköpfe gemacht und zwar theils unter geringem, theils unter forcirtem Druck. Die Resultate entsprachen durchaus den klinischen Bildern. So konnte die Ausbreitung des Oedems von der Tonsille und seitlichen Pharynxwand, sowie das Oedem der ary-epiglottischen Falten, Sinus piriformis, der Taschenbänder, Stimmlippen, subglottischen Region etc. demonstrirt werden.

Logan Turner: Abnorme Enge des Larynx und der Trachea, wahrscheinlich angeboren.

Das demonstrirte Präparat gehört einem 70jährigen Mann an. Die Epiglottis hatte infantile Form, die obere Apertur des Larynx war erheblich verengt, desgleichen die Luftröhre. Irgend welche Compression der letzteren durch Struma oder Drüsen bestand nicht.

Derselbe: Präparat von maligner Strictur des oberen Endes des Oesophagus.

Das Präparat entstammt einer 58jährigen Frau.

Herbert Tilley: Epitheliom der Epiglottis mit secundärem Befallensein der Cervicaldrüsen. Entfernung der primären Geschwulst durch „Morcellement".

Da eine Radicaloperation für nicht rathsam gehalten wurde, so wurde mit der schneidenden Zange der Epiglottistumor in mehreren Sitzungen stückweise per os entfernt. Die Hauptsymptome, die den Patienten aufs Höchste gequält hatten, nämlich die Athemnoth und die Dysphagie, haben darnach sich erheblich gebessert.

Furniss Potter hat ein ähnliches Resultat in einem solchen Fall mit Anwendung der heissen Schlinge erzielt.

Wyatt Wingrave: Larynxtumor.

Pat., 30 Jahre alt, wurde in der Aprilsitzung vorgestellt mit myxomatösen Schwellungen am rechten Stimmband; seitdem sind diese erheblich gewachsen.

Dundas Grant: Abductorlähmung bei einem jungen Manne.

Es ist der in der vorigen Sitzung vorgestellte Patient.

Derselbe: Fall von Hemianästhesie bei einer jungen Frau mit subjectiver Nasenverstopfung auf der entsprechenden Seite.

Bei der 30jährigen Frau erklärt sich die Obstruction der einen Nasenhälfte



dadurch, dass die Patientin nicht fühlt, wie die Luft hindurchgeht. Die Hemianästhesie ist wahrscheinlich hysterischer Natur.

Derselbe: Fall von Dysphagie; wahrscheinlich Pharynx-Epitheliom.

Pat. ist ein 35jähriger Mann, der seit 6 Monaten an zunehmenden Schluckbeschwerden leidet. Man sieht an der hinteren Pharynxwand eine Vorwölbung, die auf den hinteren Theil der ary-epiglottischen Falten übergreift. Jodkali hat keine objective Veränderung herbeigeführt.

Sitzung vom 9. Januar 1903.

Vorsitzender: Cresswell Baber.

In den Vorsitz werden gewählt:

Vorsitzender: Mc. Bride.

Stellvertretende Vorsitzende: Bowlby, Dundas Grant, Percy Kidd, Charles Symonds.

Schatzmeister: W. R. H. Stewart.

Bibliothekar: St. Clair Thomsen.

Secretär: Donelan, F. Potter.

Verwaltungsrath: Sir Felix Semon, Creswell Baber, Parker, Permewan, Lake, Lawrence.

Sir Felix Semon: Fall von Ulceration der linken Tonsille mit erheblicher acuter Drüsenschwellung an beiden Seiten des Halses.

Es handelt sich um denselben Fall, der schon in der Novembersitzung vorgestellt wurde. Die Ulceration ist völlig verschwunden, die Tonsille selbst verkleinert, auch die Halsdrüsenschwellung ist erheblich zurückgegangen, und zwar auf derjenigen Seite, die der erkrankten Mandel entspricht, mehr, als auf der anderen. Wahrscheinlich handelte es sich um eine septische Affection.

Watson Williams: Eine neue schneidende Zange für die Keilbeinhöhle.

In der Discussion erklären Lack, Barber, Spencer und Andere das Instrument für ungeeignet, ja gefährlich.

Adolph Bronner: Zeichnungen und Bericht über einen Fall von Siebbein- und Stirnhöhlenempyem nach Radicalbehandlung von Nasenpolypen.

B. berichtet über einen eine 20jährige Dame betreffenden Fall, die ihn wegen Nasenpolypen und eitrigem Ausflusse aus der Nase consultirt hatte. Die Polypen wurden mehrere Male entfernt und recidivirten stets von Neuem. Nach der letzten Operation konnte man eine Eiterung der Siebbeinzellen constatiren. Pat. wurde kurz darauf in halbcomatösem Zustande ins Krankenhaus gebracht mit Schwellung über der Nase und Stirn, die sich bis auf die Wangen ausdehnte; gleichzeitig be-

stand geringe rechtsseitige Parese. Bei einem Einschnitt in der Augenbrauenlinie entleerte sich reichlich Eiter; die rechte Stirnhöhle war mit Eiter erfüllt, die Dura mater lag frei. Die linke Stirnhöhle enthielt nur wenig Eiter, dagegen entleerte sich nach Freilegung der Dura mater und Einschnitt in dieselbe auf dieser Seite viel Eiter. Patientin starb im Coma. Autopsie ergab Meningitis purulenta. Das ganze Siebbein fand sich nekrotisch und mit Eiter angefüllt; die Apophyse der Crista Galli war gleichfalls nekrotisirt.

Sir Felix Semon hält es für ungemein wichtig, gerade diese unglücklichen Fälle freimüthig zu veröffentlichen.

Lack will seine Epikrise des Falles aufschieben, bis ein detaillirter Bericht über ihn erschienen ist.

Lambert Lack: Ein Fall functioneller Aphonie mit ungewöhnlichen Symptomen beim Mann.

58jähriger Mann, der seit 6 Monaten plötzlich die Stimme verloren hat. Er macht sich durch Flüstersprache verständlich, strengt dabei aber seine Exspirationsmuskeln sehr an und, während er spricht, wird sein Puls immer schneller. Im Larynx ist nichts Pathologisches sichtbar; die Bewegungen der Stimmbänder sind normal, nur beim Versuch, zu phoniren, schliessen sie sich krampfhaft, so dass keine Luft hindurch kann. Es handelt sich wahrscheinlich um eine Art von Spasmus des Kehlkopfs. Pat. kann kein lautes Wort hervorbringen, ist aber im Stande, laut zu singen. Bereits vor einem Jahr hat Pat. an solcher Aphonie gelitten, dann aber plötzlich seine Stimme wiedererlangt.

Mikroskopische Präparate von einem Ulcus der Mandel.

Die Mandel gehörte einem Mann an, der an heftiger Dysphagie litt, sehr anämisch geworden war und schmerzhafte Drüsenschwellungen am Halse hatte. Es wurde zunächst tertiäre Lues diagnosticirt und Jodkali in grossen Dosen gegeben. Ein kleines Stück wurde zwecks mikroskopischer Untersuchung entfernt; diese ergab Granulationsgewebe, in dessen Tiefe sich tuberkelähnliche Knötchen, bestehend aus epitheloiden Zellen mit Riesenzellen, fanden. Trotzdem trat nach 15tägiger Jodkalitherapie Heilung ein.

Mikroskopische Präparate von einer Cyste des Kehlkopfventrikels, die im Laufe einer wegen bösartigen Tumors unternommenen Operation geöffnet wurde.

Als während der Operation, die wegen Carcinoms der rechten Stimmlippe unternommen wurde, das Taschenband angeschnitten wurde, entleerte sich eine anscheinend dem Zungenbeinhorn anhaftende Cyste. Es handelte sich um eine solche, wie man sie normalerweise bei einigen Affen findet. Die mikroskopische Untersuchung der Wand ergab, dass sie mit einem Flimmerepithel ausgekleidet war.

Herbert Tilley: Ein Fall von starker Schleimhautschwellung in der Regio interarytaenoidea.

Die Schwellung hatte die Grösse einer Bohne und verhinderte den völligen Schluss der Stimmbänder.

Powell glaubt nicht, dass es sich in diesem Fall um eine wirkliche Pachydermie, sondern nur um eine Schleimhautschwellung handelt, die eine solche vortäuscht, obwohl er auch schon wirkliche interarytaenoide Pachydermien gesehen hat.

Sir Felix Semon schliesst sich dieser Ansicht an.

Donelan: Demonstration eines grossen Nasenrachenfibroms, dessen Ausläufer sich bis in die vorderen Nasenöffnungen erstrecken.

Der Kranke hatte seit frühster Jugend Nasenverstopfung. Als der Tumor aus dem Nasenrachen entfernt wurde, folgten seine die Nasenhöhlen ausfüllenden Ausläufer nach.

Barclay Baron: Fall von bösartigem Tumor des Nasenrachens.

Es handelt sich um ein Recidiv eines vor 3 Monaten aus dem Nasopharynx entfernten Tumors. Zur Zeit ist der ganze Nasenrachen ausgefüllt von Geschwulstmassen, die auch Ausläufer besonders nach vorn in die rechte Nasenhöhle aussenden, hart und ulcerirt sind. Die Natur des Tumors ist ungewiss: an einigen Stellen gleicht er einem Lymphosarkom, während an anderen Stellen sich epitheliale Inseln finden.

Mac Bride räth, da es sich wahrscheinlich um ein Lymphosarkom handelt, Arsen in hohen Dosen zu geben. Er hat grossen Erfolg in einem Fall von Natr. cacodylicum gesehen.

Spencer hat die Erfahrung gemacht, dass die Kranken von einer partiellen Entfernung der Geschwulst grosse Erleichterung haben. Er räth einen möglichst grossen Theil der Tumoren abzutragen.

Tilley bezweifelt, dass es sich wahrscheinlich um ein Lymphosarkom handelt. Im Fall einer Operation räth er zu vorausgängiger Laryngotomie mit Einsetzung einer Canüle und Tamponade des Kehlkopfs mit einem Schwamm, sodann Resection des Gaumens.

Atwood Thorne: Ein Fall von Kehlkopfkrebs.

Es handelt sich um einen Tumor bei einem 60jährigen Mann, der den linken Aryknorpel und die ary-epiglottische Falte befallen hatte: das linke Stimmband stand unbeweglich in der Mittellinie. Unter dem linken Unterkieferwinkel eine grosse Drüse.

Lack, Waggett, Sir Felix Semon, Grant, Mc. Bride discutiren den Werth einer Probe-Laryngotomie in diesem Fall.

Fitz-Gerald Powell: Fall von Infiltration des Rachens und des Nasenrachens.

Die Schwellung hat den Pharynx, besonders die linke Seitenwand und den retronasalen Raum befallen, in geringerm Grade ist von ihr auch der linke Rand der Epiglottis betroffen. Auf der Zunge tiefe Fissuren. Pat. macht eine antisyphilitische Cur durch.

Tumor des Nasenrachens, der unter dem Gaumensegel herauskommt, bei einem 18monatliehen Kind.

Der Tumor ist gestielt und entspringt vom Rachendach.

Spencer: Epulis.

Es handelt sich um eine symmetrische Schwellung des Zahnfleisches am hinteren Ende des Alveolarrandes. Der Patient trägt seit 7 Jahren ein Gebiss.

Winrace hält es für eine chronische Entzündung infolge mechanischer Reizung durch das Gebiss.

Donelan findet die Bezeichnung „Epulis“, bei der immer Veränderungen des Knochen vorhanden sein müssen, auf diesen Fall nicht zutreffend.

Kelson: Ein Kehlkopftumor bei einer Frau.

Patientin ist bereits in der vorigen Sitzung vorgestellt; es handelte sich um einen Tumor, der aus dem linken Ventrikel entsprang. Der Tumor wurde entfernt; die Untersuchung ergab, dass es sich um ein Fibrom mit myxomatöser Degeneration handelt.

Dundas Grant: Specifische hereditäre Perforation des vorderen Gaumenbogens.

Es bestand ein elliptischer Spalt im linken vorderen Gaumenbogen, mit dicken congestionirten Rändern. Die Symptome datirten seit 15 Tagen. Es bestanden Zeichen von hereditärer Syphilis.

Ein Fall von chronischer Laryngitis mit interarytaenoider Pseudo-Pachydermie, wahrscheinlich infolge eitriger Rhinitis.

20jähriges junges Mädchen mit zur Eintrockung neigendem Secret in der Nase. G. betrachtet die Laryngitis als Folge der Reizung durch die aus der Nase stammenden Secrete; die Pseudo-Pachydermie hält er für das Resultat einer Proliferation und Maceration des Oberflächenepithels. E. B. Waggett.

Verhandlungen der Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris.

Sitzung vom 14. November 1902.

Suarez de Mendoza: Demonstration einer querschneidenden Kehlkopfzange, die während aller Phasen des Eingriffs dem Lichte Zutritt zu dem Operationsfeld gestattet.

Lubet-Barbon: Das Penghawer Djambi als Hämostypticum bei Nasenoperationen.

Es genügt — z. B. bei Operationen an der Scheidewand oder Muschel — einige Fäden Penghawer auf die blutende Stelle zu drücken, um sofort ein Sistiren der Blutung zu erreichen, ohne dass es nöthig ist, wie bei der Tamponade die

Nasenhöhle auszustopfen. Besonders nützlich erweist es sich bei den secundären Spätblutungen.

Luc: Drei Fälle von Stirnhöhlenempyem nach der Killian'schen Operationsmethode operirt.

Der Vortheil der Operationsmethode besteht nach L. darin, dass durch sie die Stirnhöhle möglichst verkleinert wird, die Entstellung durch sie nur eine sehr geringe ist. Ferner gestattet diese Methode besser als alle anderen, die Siebbeinzellen zu entfernen und eine breite Communication nach der Nasenhöhle zu schaffen, so dass keine Eiter-Retention eintreten kann. Ein Nachtheil besteht gegenüber der Luc'schen Methode darin, dass die Narbe mehr hervortritt.

Lubet-Barbon glaubt, dass die Killian'sche Operationsmethode nur in einer sehr kleinen Zahl von Fällen Anwendung finden darf; es kommt zu einer sehr starken Depression, die entstellend wirkt. Er persönlich ist meist mit der Luc'schen Operation sehr gut ausgekommen.

Lermoyez hält das Killian'sche Verfahren auch für ein nur ausnahmsweise zulässiges. Er wirft ihm ebenfalls die resultirende Entstellung vor, ferner, dass infolge der Ablösung des Periostes vom Innenwinkel der Orbita es zu Verletzungen des Thränenapparates kommt, dass eine Verletzung der Rolle des M. obliquus superior vorkommen kann, die zu einer sehr peinlichen Diplopie führen würde.

Mahn: Ein diagnostisches Zeichen des wahren chronischen Oberkieferhöhlenempyems.

Es ist sehr wichtig, nach positivem Ausfall aller für ein Empyem sprechenden Zeichen entscheiden zu können, ob es sich um ein wahres Empyem mit Eiterabsonderung von der Antrumschleimhaut oder nur um Ansammlung von aus anderen Quellen — z. B. Stirnhöhle, Zahnalveolen — stammendem Eiter in der Höhle handelt. M.'s diagnostisches Zeichen beruht darauf, dass bei jedem chronischen Empyem zuerst eine mehr oder minder beträchtliche Verdickung, später eine fungöse und polypöse Entartung der Schleimhaut besteht, aus der eine — bisweilen sehr ausgesprochene — Verringerung der Capacität der Höhle resultirt. M. spritzt mittels einer graduirten Spritze Flüssigkeit in die Höhle, bis sie das Niveau des Ostiums erreicht, und saugt die Flüssigkeit wieder an: wenn $1^1/_2$ ccm Flüssigkeit und mehr aspirirt wird, so ist kein wahres Empyem vorhanden, beträgt die Flüssigkeitsmenge unter $1^1/_2$ ccm, so handelt es sich um Empyem.

Lermoyez hat sich in einigen Fällen von der Zweckmässigkeit des Verfahrens überzeugen können.

Lubet-Barbon meint, dass es auch Fälle von wahrem Empyem gebe ohne Granulationsbildung; in diesen müsse das Verfahren natürlich versagen.

Suarez de Mendoza befürchtet, dass die physiologische Verschiedenheit in der Capacität der Oberkieferhöhle verschiedener Individuen den Werth der Methode sehr beeinträchtigt.



Castex: Entfernung der carcinomatösen Mandel.

Demonstration von 4 malignen Tumoren der Mandel. Nur in zwei Fällen wurde operirt, einmal vom Munde aus, das andere Mal von aussen her.

Viollet: Demonstration einer auf elektrischem Wege erwärmten Spritze für Paraffininjectionen.

Lermoyez: Zwei Fälle von subglottischem Gummi.

In beiden Fällen gelang es, durch eine specifische Behandlung die Tracheotomie zu vermeiden.

Derselbe: Eine nach Asch operirte excessive Deviation des Septums. E. J. Moure.

---

c) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. März 1903.

Flatau zeigt die verbogene Thränennasencanalsonde, die er bei der Eröffnung der Kieferhöhle des in der vorigen Sitzung vorgestellten Patienten gefunden hat.

Treitel demonstrirt einen Kranken mit Lupus der Nase, des Nasenrachens, des Velums, der Tonsillen und einigen kleinen Knötchen an der Schleimhaut der Aryknorpel.

Lewy zeigt einen Pat. mit angeborener rechtsseitiger Choanalatresie, Uvula bifida und asymmetrischer Schädelform, hohem Gaumen und Irregularität der Zahnstellung. Die Leptoprosopie ist nicht die Ursache, sondern eher die Folge der Choanalatresie, jene ist eine erworbene und keine Rasseneigenschaft.

Finder stellt einen 52jährigen Patienten mit Tuberculose des Zungengrundes vor. Derselbe ist von einem tumorähnlichen, im Centrum ulcerirten Infiltrat eingenommen; die Epiglottis und die Schleimhaut über den Aryknorpeln sind ebenfalls infiltrirt. Auf den ersten Blick macht die Erkrankung den Eindruck eines zerfallenden Carcinoms, zumal die Zungenbasis sich hart anfühlt; die mikroskopische Untersuchung erwies aber die tuberculöse Natur.

Die Tuberculose der Zunge tritt in 2 Typen auf: 1. tuberculöse Rhagade, 2. gummiähnliche Knoten mit Tendenz zur Geschwürsbildung; sie sind am häufigsten localisirt an der Zungenspitze und den Rändern, selten am Dorsum, am seltensten am Zungengrunde.

Anästhesininsufflationen haben in diesem Falle ausgezeichnete Dienste gethan.

Kuttner sah sehr gute anästhesirende Erfolge davon bei Larynxtuberculose, aber gar keine bei Pharynxtuberculose.

Hirschmann: Ueber Endoskopie der Nase und deren Nebenhöhlen.

H. verwendet ein modificirtes Nitze'sches Cystoskop von 4 mm Durchmesser;



es giebt helle und deutliche Bilder; das auf 4 Volt eingestellte Glühlämpchen erwärmt sich wenig. Der die Einführung des Instruments in die Oberkieferhöhle ermöglichende Eingriff ist gegenüber dem bei dem Reichert'schen Antroskop ein unbedeutender, und bei engen Höhlen ist für letzteres kaum Raum vorhanden. Antroskopische Operationen andererseits sind überflüssig. H. legt einen 6 mm breiten Alveolarcanal an, sorgt für gute Blutstillung, um die natürlich störende Beschmutzung des Prismas und der Lichtquelle zu vermeiden, und führt dann sein Instrument in die Oberkieferhöhle ein; er hat es bisher in 16 Fällen benutzt. Er schildert unter Vorführung einiger Bilder die von ihm beobachteten Veränderungen der Schleimhaut. H. hat sein Instrument auch verwendet zur Untersuchung des Ohres und zur Besichtigung der entzündlichen Veränderungen der nasalen Ostien der Nebenhöhlen; es kann auch benutzt werden zur Besichtigung des Tubenostiums und des Nasenrachens.

B. Fränkel bestätigt, dass man mit dem Hirschmann'schen Instrument sich gut orientiren kann. Antroskopische Operationen sind unnütz; da man doch eine künstliche Oeffnung herstellen muss, ist es schon besser, eine grössere anzulegen und von aussen zu operiren.

Reichert zeigt einige Abbildungen des „Ostiumwalles“ und zwei kleine Polypen, die er auf antroskopischem Wege entfernt hat; dann hat er auf dieselbe Weise in einem Falle die hyperplastische Schleimhaut zur Norm zurückgeführt, in einem weiteren die Eiterung sistirt, nachdem er eine erbsengrosse Hervorragung an der facialen Wand entfernt hatte, und schliesslich ein Empyem zur Heilung gebracht nach Entfernung einer Granulationsgeschwulst über einem Molaris. Das Hirschmann'sche Instrument giebt undeutliche Bilder und zu Täuschungen Veranlassung, wie er aus dem Umstande schliessen zu müssen glaubt, dass H. Granulationen diagnosticirt, die nach seinen Erfahrungen nur der optische Ausdruck „granulöser Beschaffenheit der entzündlich geschwollenen Schleimhaut“ sind. Das R.'sche Antroskop erlaube ausserdem die gleichzeitige Einführung von Operationsinstrumenten.

Katzenstein macht darauf aufmerksam, dass das Endoskop in der Veterinärmedicin schon einen Vorläufer habe in einem Instrument zur Besichtigung der Nase und des Kehlkopfs.

Hirschmann: Was er mit seinem Endoskop gesehen, seien thatsächliche Veränderungen und keine optischen Täuschungen; die wulstartige Verdickung um das Ostium maxillare ist das Product einer chronischen Entzündung. So kleine Operationen, wie sie das Antroskop erlaubt, können nichts nützen.

Sitzung vom 3. April 1903.

B. Fränkel demonstrirt einen Reflector, der sich durch seine Leichtigkeit auszeichnet. Die Spiegelfläche ist mit Gummi unterlegt, die Unterlage von einem Metallstreifen eingefasst. Die Stirnplatte ist durchbrochen.

Sturmann zeigt ein Taschenbesteck für elektrische Beleuchtung, das er für praktisch befunden hat; es enthält eine Taschenbatterie aus 6 Elementen.

Nehab demonstrirt einen Kehlkopfspiegel mit Heizkörper; unter dem Spiegel befindet sich eine von Platindraht umgebene Glimmerplatte. Der Spiegelgriff wird mittelst Leitungsschnur mit einem Accumulator verbunden.

Goldschmidt berichtet über „Renoform", ein Nebennierenpräparat. Dasselbe kommt erstens in Pulverform in den Handel, besteht aus Nebennierenextract mit einem indifferenten Pulver gemischt, ferner als Renoformwatte, d. h. Watte gesättigt mit Extr. suprarenale solutum. Diese von Freund u. Redlich auf den Markt gebrachten Präparate sind ebenso wirksam wie andere, dabei billiger und reizlos.

Landgraf findet, dass ihrer Anwendung der schlechte Geruch des Mittels im Wege steht.

E. Meyer berichtet über einen Fall von Gallertmassen in der Kieferhöhle. Es bestand Verdacht auf einen Tumor, da man niemals in der Nase Eiter gesehen hatte, bei der Durchleuchtung ein intensiver Schatten war und auch im Röntgenbilde ein solcher zu sehen war. Bei der Eröffnung zeigte sich die Höhle erfüllt von dicken gallertigen Massen, die Schleimhaut war durchsetzt von kleinen multiloculären Cysten. Wahrscheinlich bestand der Inhalt aus eingedicktem Cysteninhalt.

Finder berichtet über den histologischen Befund bei einer Cyste der Epiglottis, die sich als Nebenbefund in einem Fall von Kehlkopftuberculose fand. Es ergab sich das Vorhandensein zweier Cysten nebeneinander, nämlich einer Retentionscyste und einer Erweichungscyste. Als das primäre ist die erstere anzunehmen. Es wird die Wichtigkeit von Untersuchungen mittelst Serienschnitten für das Studium dieser Verhältnisse betont.

A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Nach dem Ausscheiden des durch anderweitige Berufsthätigkeit in Anspruch genommenrn Prof. Umber, dem für seine Mühewaltung an unserem Blatte der beste Dank gebührt, ist die Viceredaction des Centralblattes in die Hände unseres Mitarbeiters, Dr. G. Finder, übergegangen.

Unser verehrter Mitarbeiter, Prof. G. Lefferts, der am 30. Juni nächsten Jahres seine Lehrthätigkeit an der Columbia-Universität nach dreissigjähriger Amtsführung niederlegt, hat seine Absicht kundgegeben, seine äusserst werthvolle Sammlung von Apparaten für den laryngo-rhinologischen Unterricht der genannten Universität zu überweisen und das Curatorium hat die Schenkung mit Dank angenommen.

Namen-Register.*)

*) Die **fett gedruckten** Zahlen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, die dünn gedruckten auf Citatite, Discussionen etc.

C.

D.

H.

M.

T.

U.

V.

W.

Y.

Z.

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

J. I.

K.

L.

M.

N.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Y.

Z.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

